



**Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría en Trabajo Social
Escuela Nacional de Trabajo Social**

**Análisis cualitativo de la posición profesional del
trabajador social: Una aproximación en el campo de la
salud.**

T E S I S

**Que para optar por el grado de
Maestra en Trabajo Social**

**P R E S E N T A
Juana Patricia Pérez González**

**Director de Tesis:
Mtra. Georgina Suzanna Volkens Gaussmann
Escuela Nacional de Trabajo Social**

Ciudad Universitaria, CD.MX; Abril de 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Sin encontrar palabras fehacientes que puedan expresar de manera genuina mi más profundo **agradecimiento**...

Y ofreciendo una disculpa por lo extenso de las siguientes líneas, las cuales justifico en la dicha de haber encontrado en mi camino a tantos y tantos seres maravillosos que me han construido como persona que no quiero dejar de mencionar a ninguno.

A Dios por darme la posibilidad más grande que se puede regalar que es la vida.

A mi padre quien estoy segura que desde el cielo ha guiado incesablemente cada uno de mis pasos, mirándome a cada instante con la profundidad de sus hermosos ojos azules.

A mi entrañable madre porque a través de ella se materializó el regalo de la vida y que incansablemente está presente, siempre fuerte, siempre firme, siempre fiel; sorteando los efímeros crepúsculos que sólo entienden las grandes mujeres que han dado la vida a once hijos.

Anatolio... mi amigo, mi novio, mi esposo, mi compañero, mi todo...gracias por simplemente estar y compartir como nadie desde todos los espacios y desde todas las circunstancias la hermosa experiencia de ser pareja y de ser padres.

Ana Belén...ejemplo de grandeza, el sentido de cada una de mis acciones, el motor de mi vida, gracias hija por enseñarme a luchar por las cosas que verdaderamente valen la pena y a disfrutar de la vida como sólo tú sabes hacerlo con ese coraje cuando es necesario, pero también con ese entusiasmo y con esa maravillosa sonrisa que es capaz de iluminar al mundo entero.

Mis hermanos...Martha, por tu amor siempre incondicional que no se fija en los errores. Javier, por tu soltura para amar a todos tus hermanos, porque a pesar de la distancia te mantienes siempre entre nosotros. Guadalupe, por tu insistencia en homogenizar a todos, porque gracias a eso pude entender y respetar las diferencias. Gilberto, por tu nobleza que ocasionalmente te traiciona y no te queda más remedio que disfrazarla con gestos oscos, pero que todos sabemos que sólo denotan tu gran corazón. Martín, quizá no te acuerdas, pero tú me acompañaste a inscribirme a la escuela, por eso pude continuar, cuando niña miraba que leías con gran interés y empecé a entender el mundo de los libros, gracias. Cecilia, has sido para mí siempre un ejemplo de fortaleza, no hay nada que pueda derrumbarte y siempre encaras a la vida con la mejor de tus sonrisas.

Eduardo, gracias por tu ecuanimidad que siempre me aterriza, tienes una gran sabiduría que solamente es propia de los grandes hombres. Ricardo el más desenfadado de todos mis hermanos, posees una alegría innata que contagia a los que están cerca de ti. Daniel por tu noble naturaleza y por los momentos compartidos. Alicia has penetrado todos los espacios de mi vida y de mi existencia, gracias por darme la certeza que a pesar de todo siempre cuento contigo.

Mis cuñados y cuñadas...por ser compañeros incansables de mis hermanos, especialmente a Irma y Claudia porque se han trascendido los lazos de sangre convirtiendose en parte entrañable de mi vida.

A mis sobrinos (Javier, Sonia, Marilú, Armando, Gabriel, Rosario, Gustavo, Marco, Claudia, Beto, Lupita, Tania, Lorena, Liliana, Luis, Martin, Kary, Micky, Cecy, Dulce, Lalito, Angy, Hugo, Dany, Ivette, Danielito, Emiliano, Adán y Dominick) gracias por su amor incondicional, por su alegría y por contagiarme día a día de su fuerza de vivir.

A mi familia elegida que desde otras trincheras siempre me han bendecido con su amor incondicional y le han dado luz a mi camino a Denis, Alfredo, Yesy, Leo, Anita, Octavio, Sonia, Givana, Mary, Yanet y también por lo que ya no están Indrani, Memo...Gracias por enseñarme que los hermanos no son necesariamente por sangre, sino por la convicción de querer ser parte nuestra vida.

A mis profesores que me han enseñado el sendero del conocimiento que se construye con uno mismo, pero también con los otros.

A mi tutora la maestra Volkens que permaneció presente a lo largo de toda la investigación y que siempre apoyo mis divergentes ideas para culminarla.

Al maestro Chirino por su incansable insistencia para lograr concluir este trabajo y que sin él seguramente no lo hubiera logrado.

A mis lectores por compartir su valiosa experiencia, por sus comentarios y contribuciones que abonaron y enriquecieron enormemente este trabajo.

Al maestro Regulo Marín por darme la bases teóricas y metodologías que permean esta investigación, pero sobre todo por despertar en mí un espíritu crítico que me hace ver el entramaje social desde la mirada de lo complejo.

A mis compañeros de maestría que en el recorrido del mismo camino nos convertimos en verdaderos hermanos, gracias David por devolverme la fe en el misterio, por las interminables charlas inteligibles acompañadas de café y cigarrillos; Gracias Arita por tu amistad y las incansables caminatas por toda Ciudad Universitaria y las calles de México. Gracias Amandita, Kitzia, Tete, Lulú, Román, Dany, Miguel, Laura, Jorge, Bere, Paola, Paulina, Abraham, Favi, Sol, Angy, Hilda, Héctor; gracias a todos por los debates, el intercambio de ideas, por la discusión, pero sobretodo por el cariño que construyeron espacios de reflexibilidad no sólo para abortar esta investigación, sino también para mirar a la realidad social desde todas sus aristas.

A mis amigos de licenciatura (Lorena, Sergio y Paolo) gracias por permanecer a pesar del tiempo y por acompañarme en cada una de mis etapas.

A mis queridas Artemisas (Kary, Jaz, Lety, Irma, Chio, Arely, Yoli, Eli, Tete, Sol) por ser la plataforma que hoy me sostiene en la vorágine incesante del trabajo social, que me producen una mezcla de sentimientos que se presentan de forma desenfrenada.

A los amigos que abrieron caminos para realizar la presente investigación (Ale, Laura, José Luis, Verónica)

Finalmente gracias a todos los colegas que en el día a día desde nuestras distintas trincheras nos empeñamos en construir un Trabajo Social con el más alto de los fundamentos... respetar la dignidad humana.

Índice

Introducción	9
Capítulo 1	13
Enfoque teórico y metodológico	13
1.1 MIRADA TEÓRICA	14
1.1.2 Status profesional	14
1.1.3 Constructivismo-Estructuralismo	18
1.1.3.1 Habitus	19
1.1.3.2 Campo y espacio social	21
1.1.3.3 Capitales	23
1.1.3.4 El “sentido práctico”	25
1.1.3.5 La producción y reproducción	26
1.2 ENFOQUE METODOLÓGICO	27
1.2.1 Planteamiento del problema	27
1.2.2 Preguntas de investigación	28
1.2.3 Objetivo de investigación	28
1.2.4 Tipo de investigación	29
1.2.5 Técnicas utilizadas	29
Capítulo 2	33
El campo de la salud	33
2.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD	34
2.1.1 El sistema de salud como campo	35
2.2 LAS INSTITUCIONES SOCIALES	37
2.2.1 Definición	37
2.2.2 Características	37
2.2.3 Funciones manifiestas y latentes	38
2.3 ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO	39
2.3.1 Niveles de atención	39
2.3.2 Agentes en el Campo de la salud	40
2.3.3 Conceptualización del Trabajo Social	45
Capítulo 3	49
La escuela: fuente de adquisición del capital cultural	49
3.1 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD	50
3.1.1 Breviario histórico y contextual del sistema de salud en México	50
3.1.2 El origen de la profesión: Una dicotomía.	53
3.1.3 Cronología institucional del trabajador social	54

3.2 LA ESCUELA: FUENTE DE CAPITAL CULTURAL DEL TRABAJADOR SOCIAL.	60
3.2.1 La Primera Escuela de Trabajo Social	61
3.2.2 Primer Plan de Estudios de Trabajo Social de la SEP	63
3.2.3 Primer Programa de Licenciatura de Trabajo Social	65
3.2.4 Primer Programa de Maestría de Trabajo Social	66
3.2.5 Primer Programa de Doctorado de Trabajo Social	67
Capítulo 4	69
<i>El modo de enfocar la mirada teórica</i>	69
<i>y la discusión de los resultados</i>	69
4.1 EL TRABAJADOR SOCIAL Y SUS CAPITALES	71
4.1.1 Capitales heredados	71
4.1.1.1 Nivel académico de los padres	71
4.1.1.2 Ocupación de los padres	72
4.1.2 Capitales adquiridos	72
4.1.2.1 Grado académico de los trabajadores sociales	72
4.2 LA ELECCIÓN DE CARRERA	73
4.2.1 El primer referente de la profesión	74
4.2.2 Aspiración vocacional	75
4.2.3 Origen del Trabajo Social según los agentes	76
4.3 LAS POSICIONES DENTRO EL CAMPO	78
4.3.1 La posición de los médicos	78
4.3.2 La toma de posición del trabajador social	80
4.4 LUCHA DE POSICIONES	81
4.4.1 La incorporación de profesionales con licenciatura al campo	81
4.4.1.1 Las cuotas de admisión	85
4.4.2 La equivalencia de capitales	86
4.4.2.1 La lucha de posición para colocarse en el mismo lugar	90
4.4.2.2 Perfil del trabajo social en el ámbito institucional	91
4.5 JUGADORES Y JUGADAS DENTRO DEL CAMPO	94
4.5.1 El trabajador social con el equipo interdisciplinario	94
4.5.2 El trabajador social con el paciente y su familia	95
4.5.3 El trabajador social con otro trabajador social	96
4.6 EL SENTIDO DE LA JUGADA	98
4.6.1 El sentido de la jugada y la resolución de problemas	98
<i>A modo de conclusión</i>	101

Sugerencias	106
Debilidades de la investigación	107
<i>Referencias bibliográficas</i>	109
Anexos	113

Introducción

El interés primario por realizar la presente investigación, acontece al constante discurso pronunciado y sentido dentro de la profesión de Trabajo Social sobre la falta de reconocimiento de nuestra labor.

Al empezar a profundizar en el estado del arte, se encuentran los siguientes autores que hablan del tema y dan los elementos necesarios para justificarlo.

Jean-Pierre Deslauriers (2007) en un análisis que realiza del Trabajo Social en el contexto de la mundialización en diferentes países; en México, hace aseveraciones importantes como que el Trabajo Social no tiene una identidad definida, las funciones que desempeñan son meras acciones auxiliares carentes de fundamento teórico y metodológico; donde la profesión tiene un status por debajo de otras profesiones; entre otros factores por no lograr adecuar los procesos académicos a las demandas reales del mundo social.

Saül Karsz (2007) en su obra *Problematizar el Trabajo Social* plantea que el trabajador social se ha encerrado en la práctica olvidando por completo la teoría; señala que la intervención social se centra al caso por caso y no va más allá del tramo de vida y de la anécdota.

La compilación que realiza Norberto Alayón (1987) de las diferentes definiciones de Trabajo Social en diversos países; llama poderosamente la atención que de las 140 definiciones diferentes que encuentra, solamente México define al trabajador social textualmente como auxiliar.

Los autores anteriores presentan el status profesional del Trabajo Social, lo que no presentan es como se llega a este status, por lo menos en el caso de México. En ese sentido, el presente trabajo de investigación tiene dos pretensiones, por un lado; profundizar sobre el cómo se ha colocado y ha permanecido el Trabajo Social en la posición antes señalada; y por otro, en un esfuerzo por atender la problemática que los mismos autores exponen sobre la ruptura entre teoría y práctica; se analiza el status profesional bajo la lupa de la teoría constructivista-estructuralista para la comprensión de esta realidad social.

Seguramente existen diferentes corrientes teóricas con las que se podría analizar el tema; sin embargo, la decisión final de abordarla desde esta perspectiva versa principalmente en la conciliación que propone su autor Pierre Bourdieu (2002) de lo subjetivo y de lo objetivo desde una mirada cualitativa.

Del constructivismo se reconoce que la realidad que podemos visualizar en el presente, necesariamente se construyó en el pasado; tiene una génesis social y se perpetúa a lo largo del tiempo por las estrategias de reproducción empleadas por los agentes.

El estructuralismo se implica porque a lo largo de esta construcción social las estructuras funcionan como mecanismos de perpetuación; que se expresan como estructuras-estructuradas como principio que mantiene las clases sociales y como estructura-estructurante dado que organiza las prácticas de los agentes que las sostienen.

En el primer capítulo se presentan los fundamentos teóricos y metodológicos que dan luz al sendero que guía la investigación; planteando las siguientes preguntas:

¿Es el sistema de salud un campo social? ¿Son las Instituciones de Salud estructuras-estructuradas y estructuras-estructurantes?, Siendo así; ¿Cuál es la posición diferenciada que ocupa el trabajador social en este campo? Y ¿Cuál es la lógica que rigen los mecanismos de perpetuación? Desde, el mismo esquema de percepción de los agentes.

Persiguiendo el objetivo de identificar al sistema de salud como campo y la función de las instituciones de salud como estructuras-estructuradas y estructuras-estructurantes para definir la posición diferenciada que ocupa el trabajador social en este espacio, develando las estrategias de reproducción, así como la lógica de los mecanismos de perpetuación que lo ha mantenido, desde el mismo esquema de percepción de los agentes.

De la mirada teórica se presenta la triada conceptual de habitus, capitales y campo; así como los principales conceptos y fundamentos aplicados en la teoría Bourdiana.

El segundo capítulo se centra en definir al sistema de salud como un campo altamente institucionalizado, se describen las principales características de las instituciones sociales, señalando las funciones manifiestas y latentes que las mantienen; así también se describe desde diferentes aristas al personal sanitario remarcando donde se encuentra ubicado el trabajador social.

En el tercer capítulo se plantean algunos antecedentes históricos que dan vida al actual sistema de salud mexicano, compaginándolo con la cronología institucional de la evolución histórica de trabajador social en México que presenta Valero (1994) como antecedentes de la creación de la primera escuela de Trabajo Social en México y posteriormente el surgimiento de los diferentes grados académicos como profesional técnico, el grado de licenciatura y de posgrado; como fuentes formales para la adquisición del capital cultural.

El capítulo 4 presenta el modo de enfocar la mirada teórica y la discusión de los resultados de las entrevistas; se analiza los capitales heredados y adquiridos con los que cuenta los trabajadores sociales y a partir de estos como ha sido la toma de posición dentro el campo, la lucha de posición y el sentido del juego y de la jugada; así también, las estrategias de reproducción utilizadas por los agentes como mecanismos de perpetuación.

Finalmente se plantean las conclusiones que desde la develación teórica son las formas y prácticas objetivas que impactan en la cotidianidad y en la praxis profesional al interior de las instituciones de salud.

Capítulo 1

Enfoque teórico y metodológico

El mundo social se construye de lo ya construido en el pasado

Corcuff (1995)

Seguramente existen diversas miradas teóricas con las se puede analizar e interpretar lo acontecido y lo que acontece en la profesión de Trabajo Social; pero para fines de esta investigación se aborda desde una mirada cualitativa a la luz de la teoría del habitus del paradigma sociológico “constructivismo-estructuralista” como se autodenomina Bourdieu, su autor.

1.1 MIRADA TEÓRICA

La teoría desde sus distintas tradiciones epistemológicas es un instrumento de percepción de la realidad, para producir y/o reproducir descripciones de sí misma.

La elección del enfoque teórico versa en el interés por conocer la posición que tiene el trabajador social en el campo de la salud, donde históricamente se han incorporado la mayoría de trabajadores sociales; desde la doble mirada bourdiana, por un lado, atendiendo las estructuras sociales y por otro, los esquemas simbólicos de los agentes; conciliando la relación de lo objetivo y lo subjetivo.

1.1.2 Status profesional

En un análisis situacional que realiza Jean Pierre Deslauriers (2007) sobre el Trabajo Social Internacional, en el caso de México hace importantes aseveraciones que colocan el dedo en la llaga y donde se expone el status de la profesión, por una lado puede resultar desalentador, pero por otro; puede significar la oportunidad de hacer una auto-crítica y reconocimiento de las oportunidades en la intervención profesional.

Uno de los planteamientos que realiza es que tradicionalmente los trabajadores sociales se han incorporado al campo laboral en instituciones sociales dependientes del Estado, en su mayoría en instituciones de salud, pero esta incorporación no ha

sido, de ninguna forma estelar, más bien al contrario ha jugado constantemente el papel de profesional subordinado a otro profesional que posee el papel protagónico.

En prácticamente todos los programas sociales participan trabajadores sociales, aunque por lo general se encuentran subordinados a otras profesiones...El trabajo social se ha desarrollado con un carácter de auxiliar de otros profesionistas y sin participación alguna en construcción, planeación, gestión o evaluación de proyectos, programas y políticas sociales (Deslauriers, 2007:70)

Señala que la formación académica no ha logrado una adecuación del perfil profesional con el mercado laboral, plantea además, otros factores como la falta de identidad profesional, el pragmatismo en la intervención, la confusión en el quehacer del Trabajo Social, así como a la divergencia en su especificidad.

Muchas de las instituciones que ofrecen la formación de Trabajo Social han jugado un papel significativo en el mantenimiento de una profesión que tiene un status por debajo de las otras profesiones, debido a que no ha sabido adecuar los procesos de enseñanza-aprendizaje a las necesidades reales del mercado de trabajo, ni se ha incorporado en sus currículas los nuevos ámbitos especializados de intervención (Deslauriers, 2007:73)

Para Bruce J. Cohen (1992) el status se entiende como la posición social que tiene un individuo en un grupo; de la cual se determinaran los derechos y privilegios atribuidos dentro del mismo.

Por ultimo Jean Pierre Deslauriers (2007) realiza otros señalamientos implacables como que los Trabajadores sociales son de los profesionales peor pagados en México, identificando una baja cotización de la profesión y las funciones que realiza de bajo perfil.

Por otro lado, Norberto Alayón (1987) en una importante recopilación, logra rescatar 140 definiciones de Trabajo Social; en diferentes épocas y países básicamente de Latinoamérica, es destacable que de México presenta 6 definiciones de las cuales una, la única en toda su obra; se conceptualiza de manera textual al trabajador social como un auxiliar en el año 1965.

Auxiliar de todos aquellos profesionales médicos, abogados, maestros, psicólogos, sociólogos, etc.; que se dediquen al estudio, prevención y curación de los llamados males sociales. (Alayón, 1987:12)

Sin dejar de señalar que esta definición se ha ido transformando de acuerdo a la dinámica y contexto social; es inevitable mencionar que desde sus inicios la concepción de auxiliar ha estado presente y permeado la praxis profesional en México.

Para Saül Karsz (2007) en su obra *Problematizar al Trabajo Social* plantea que el núcleo duro de la situación es la carencia de teoría en la práctica profesional, con una denominación aparentemente tautológica.¹

El trabajador social carece de una teoría en sus prácticas. Una carencia relativa, pues existen muchos elementos en la literatura especializada, en las actas de los coloquios, en los escritos profesionales de los trabajadores sociales, en el intercambio en el seno de los equipos. Una carencia real y masiva, empero, y también aflictiva porque, encerrados en prácticas cuya teoría se encuentra masivamente ausente, los agentes no van más allá del caso por el caso, del tramo de vida, de la anécdota más o menos pintoresca. La inexistencia de una visión en conjunto dificulta el diagnóstico pertinente de las situaciones, con conocimiento de causa, así como la identificación del poder y los límites de la intervención social (Karsz, 2007:16)

¹ La tautología es un vocablo griego que denota la repetición y habitualmente se considera como un error en el lenguaje; sin embargo, para el autor; hace referencia a que en todos los ámbitos, el trabajo es siempre social.

En este sentido Jean Pierre Deslauriers (2007) también apunta que esta situación abre la puerta a una serie de retos que a continuación se enlistan para la reconstrucción de la profesión y que pone en la mesa para su reflexión:

No es suficiente ser el obrero que coloca los ladrillos de un edificio, hay que ser el arquitecto que lo diseña. Esto implica entre otras cosas:

- La incorporación de más teoría científica para consolidar la profesión (equilibrar el pragmatismo con una formación sólida en los aspectos teóricos);
- Promover una mayor homogeneidad de la curricula en las diversas escuelas de Trabajo Social;
- Impulsar el desarrollo de posgrados (maestrías, especialidades, doctorados);
- Nutrirse cada vez más de la experiencia internacional;
- Incorporar nuevas metodologías de intervención particularmente relacionadas con técnicas de mediación y consejería que, hasta ahora, no han formado parte de la educación de trabajo social;
- Incorporar cursos de gerencia social y de planeación, evaluación, gestión, diseño de proyectos y programas sociales;
- Incorporar nuevas áreas de intervención, particularmente las relacionadas con grupos vulnerables.

Adicionalmente, para consolidar la profesión no basta una transformación académica, sino que se requiere de una participación activa y comprometida de los profesionales en trabajo social en los ámbitos de la construcción del bienestar social (Deslauriers, 2007:73)

En esta parte de posibilidades es donde se inscribe la siguiente investigación, que pretende poner bajo la lupa esta problemática y visualizar a través de categorías

teórica y desde un análisis cualitativo, como se ha llegado a este punto, para lo que es necesario y fundamental desde la perspectiva constructivista-estructuralista remirar la historia y los esquemas de percepción de los agentes que la sostienen.

1.1.3 Constructivismo-Estructuralismo

La problemática constructivista no constituye una nueva escuela ni una nueva corriente homogénea desde el punto de vista teórico o metodológico. Se trata más bien de un espacio de problemas y de cuestiones en torno a los cuales giran los trabajos de un número significativo de investigadores, pese a la diversidad de sus tradiciones y de sus itinerarios intelectuales (Corcuff, 1995:17)

Para iniciar el abordaje es necesario definir desde la perspectiva del autor qué se entiende por constructivismo y qué se entiende por estructuralismo, a fin, de evitar confusiones teóricas:

Entiendo por constructivismo la afirmación de que existe una génesis social de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción que son constitutivos de lo que llamo habitus, por una parte, y por otra de las estructuras sociales, particularmente de lo que llamo campos o grupos, así como también de lo que suele llamarse clases sociales (Bourdieu, 1987:147)

En cuanto al estructuralismo o estructuralista, Bourdieu lo entiende:

Por estructuralismo o estructuralista entiendo la afirmación de que existe en el mundo social mismo, y no sólo en los sistemas simbólicos como el lenguaje, el mito, etc.- estructuras objetivas independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes y capaces de orientar o de restringir sus prácticas y sus representaciones (Bourdieu, 1987:147)

Es fundamental para esta perspectiva teórica las nociones de habitus (sistemas de disposiciones), campo (espacio social) y capital (recursos movilizables), como una triada indisociable que transparenta los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción de los agentes.

1.1.3.1 Habitus

El habitus como el mismo autor señala no es un concepto nuevo, debido a que se construye con nociones que se retoman de otros teóricos, principalmente de los clásicos; sin embargo, el resultado final del planteamiento Bourdiano integra a los agentes con la estructura develando las relaciones y las prácticas que se dan en el campo social, superando la dicotomía de lo objetivo versus subjetivo.

Bourdieu no presenta su concepto de habitus como un paradigma nuevo, sino como la explicitación de una idea que siempre estuvo presente en la tradición filosófica y sociológica, y en cuanto tal “predispuesta” a superar y a la vez conservar los paradigmas precedentes, incluyendo sus versiones contemporáneas. Más precisamente, el concepto aparece asociado a una tradición de pensamiento que puede calificarse como “dialéctica”. Por su oposición a toda lógica excluyente del tipo “o bien esto, o bien aquello”. Se trata de la “lógica diluida” de Bachelard, quien se negaba a inscribir los conceptos científicos en un solo punto de vista, apelando más bien a una “complementariedad de perspectivas” o a una “síntesis plural” (Giménez, 2008:5)

Bourdieu a lo largo de toda su extensa obra construye y reconstruye el concepto de habitus integrando una serie de nociones indispensables para su comprensión², se entiende por habitus:

² Para la construcción de la teoría del habitus, Bourdieu integra distintas nociones teóricas, retoma la lógica diluida de Bachelard que apela a la complementariedad de perspectivas, el hexis de Aristóteles como disposición moral generadora de actos y la moral realizada de Hegel como un conjunto de disposiciones permanentes; Durkheim habla del anclaje institucional con un carácter general y duradero, el ethos de Weber como conjunto de creencias morales generadoras de prácticas como un sistema conceptual de normas, reglas y preceptos entre otros.

sistemas de disposiciones duraderas y transponibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su objetivo sin suponer la intención consciente de ciertos fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos (Bourdieu, 2007:40).

En esta conceptualización encontramos que el sistema de disposiciones a las que Bourdieu apela es la disposición moral generadora de actos, que es más o menos permanente, aunque no perpetua; lo que le da el carácter de duradera y transponibles debido a que se puede transpolar de un campo a otro.

El término disposición particularmente apropiado para expresar todo lo que recubre el concepto de habitus (definido como sistemas de disposiciones): en efecto, expresa ante todo el resultado de una acción organizada que reviste, por lo mismo, un sentido muy próximo al de términos de estructura; además designa una manera de ser, una propensión o una inclinación (Bourdieu, 2007:40)

En cuanto a la estructura-estructurada (como principio de división de clases sociales) que es también estructura-estructurante (organiza las prácticas y su percepción) en palabras del autor se expresa:

Estructura-estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas, el habitus es también estructura estructurada: el principio de división de clases lógicas que organiza la percepción del mundo social que a su vez es producto de la incorporación de la división de clases sociales. Cada condición está definida, de modo inseparable, por sus propiedades intrínsecas y por las propiedades relacionales que debe a sus posiciones diferenciales, es decir, por todo lo que la distingue de todo lo que no es y, en particular, de todo aquello a que se opone: la identidad social se define y se afirma en la diferencia (Bourdieu, 2002:170)

Entendemos que las estructuras objetivas independientes de la conciencia de los agentes que existen en el mundo social son estructurantes en la medida que organizan las prácticas y son capaces de orientarlas; así mismo, las estructuras-estructuradas son la base de las clases sociales que se generalizan en dominados-dominantes y que de alguna forma imponen el modo de organizar y percibir el mundo social.

Se entiende como habitus desde la misma definición Bourdiana:

El habitus como sistema de disposiciones en vista de la práctica, constituye el fundamento objetivo de conductas regulares y, por lo mismo, de la regularidad de las conductas. Y podemos prever las prácticas [...] precisamente porque el habitus es aquello que hace que los agentes dotados del mismo se comporten de cierta manera en ciertas circunstancias (Bourdieu, 1987:247)

El habitus no es el destino, como se lo interpreta a veces. Siendo producto de la historia, es un sistema abierto de disposiciones que se confronta permanentemente con experiencias nuevas y, por lo mismo, es afectado también permanentemente por ellas. Es duradera, pero no inmutable (Bourdieu, 1992:109)

1.1.3.2 Campo y espacio social

Es fundamental para esta teoría las nociones de campo y capitales para clarificar la toma de posición que constituyen “las elecciones” de los agentes.

Para entender la noción de campo es necesario conceptualizar primero al espacio social, según Giménez para Bourdieu:

El espacio social es un sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación con las otras (v.g., autoridad/súbdito; jefe/subordinado; patrón/empleador; hombre/mujer; rico/pobre; distinguido/popular; etc.) El “valor” de una posición se mide por la distancia social que la separa de otras posiciones inferiores o superiores, lo que equivale a decir que el espacio social es, en definitiva, un sistema de diferencias sociales jerarquizadas (¡“la distinción”!) en función de un sistema de legitimidades socialmente establecidas y reconocidas en un momento determinado. Y lo que se llama “orden social” no sería más que el sistema global de espacios sociales constituido por conjuntos de posiciones, a la vez vinculadas y contrapuestas entre sí por las distancias que las separan (Giménez, 1997:13)

Para explicar el campo social Bourdieu recurre a la metáfora del juego donde define el campo como un espacio autónomo, con objetivos y reglas implícitas y explícitas, con jugadores que toman posición por sus elecciones, pero también de acuerdo a los capitales que poseen, donde se expresa el interés en jugar.

Los jugadores pueden jugar para aumentar su capital, sus fichas, es decir, en conformidad con las reglas tácitas del juego y con las necesidades de la reproducción del juego y de los intereses del juego; pero también pueden trabajar para transformar parcial o totalmente las reglas inmanentes al juego (Bourdieu, 1995:75)

En sentido riguroso, para Bourdieu el campo se define –como todo espacio social- como una red o configuración de las relaciones objetivas entre posiciones diferenciadas, socialmente definidas y en gran medida independientes de la existencia física de los agentes que la ocupan (Giménez, 1997:14)

Las posiciones dentro del campo permanecen independientemente de los agentes, de tal suerte que el agente puede desaparecer físicamente (cambiar de campo), pero la posición continúa y simplemente quede disponible para otro agente que la pueda ocupar; es decir, la posición existe independientemente de los agentes que la ocupan.

Para la toma de posición Bourdieu integra la noción de “competencia”³ de Chomsky que le da el “sentido del juego”, lo que permite realizar infinidad de jugadas adaptadas a una infinidad de situaciones que no se pueden prever; es decir, “la habilidad de jugar”.

No hay que perder de vista que para la toma de posición si bien es cierto depende del sistema de elecciones de los agentes y de la habilidad para el juego, también es cierto que son indispensables los capitales que posee, el autor identifica diferentes tipos de capital y las formas de adquirirlo.

1.1.3.3 Capitales

La noción de capital que plantea el Bourdieu está apuntalada en la idea de valor de cambio⁴ de Karl Marx, sin embargo; una de las principales aportaciones de Bourdieu es la tipología de capitales que conceptualiza estrechamente vinculados al intercambio, el capital económico (dinero y bienes), el capital social (red de relaciones sociales), el capital cultural (conocimiento, diplomas y grados académicos) emergiendo la noción de capital simbólico (necesariamente debe ser reconocido por los otros).

El capital social está integrado por las vinculaciones heredadas y adquiridas con otros agentes formando intrincadas redes que le permiten moverse en el campo. Mientras el capital económico son las propiedades y bienes heredados o adquiridos que pueden ser intercambiables en el mercado económico y traducido en poder económico. El capital cultural lo constituye el conocimiento, la formación y capacitación heredada y adquirida a lo largo de la vida y que permite interactuar en el campo mediante sus esquemas de pensamiento, acción, anticipación y valoración de las relaciones y fuerzas del campo en las disposiciones y habitus adquiridos para la acción en el mismo. Todos estos

³ La connotación de “competencia” que plantea Bourdieu es desde la noción de Chomsky que plantea que el ser humano tiene la capacidad de infinita de elementos traduciéndola a la habilidad de los agentes para actuar de acuerdo a un sinfín de nociones preconcebidas.

⁴ Para Marx cualquier producto tiene un “valor de uso” y “valor de cambio” en el sistema capitalista el capital económico sólo conserva su “valor de cambio”.

capitales pueden ser intercambiables y convertirse en capital simbólico, según se requiera acorde a las estrategias que se emplean para obtener la posición deseada en el campo (Vargas, 2011:98)

Es precisamente la noción de capital simbólico que emana de los capitales antes señalados, uno de los principales aportes de Bourdieu que permite clarificar la toma de posición dentro del campo y devela su valor impalpable.

Para Bourdieu el capital simbólico son propiedades impalpables, inefables y cuasi-carismáticas que parecen inherentes a la naturaleza del mismo agente. Tales propiedades suelen llamarse, por ejemplo: autoridad, prestigio, fama, reputación, notoriedad, honradez, talento, don, gusto, inteligencia, etc. que se les atribuyen a ciertos agentes por otros agentes que no son inherentes de la persona, pero que necesariamente deben ser reconocidos y validados por los demás (Giménez, 1997:15)

Así de acuerdo a los capitales sean económico, social, cultural y simbólico que posee el agente toma posición dentro del campo y desde la noción de competencia contribuyen significativamente para su “habilidad para jugar” lo que determina su permanencia.

Es importante señalar que se distinguen dos formas básicamente de adquisición de capital, pueden ser heredados en el sentido que hay condiciones sociales que favorecen u obstaculizan el éxito académico, como el lenguaje y/o el nivel académico de los padres; en este sentido es más probable que si los padres tienen una formación profesional, sus hijos logren una carrera profesional y al contrario es poco probable que hijos de padres sin instrucción académica lleguen a lograr una carrera profesional y los pocos que acceden lo hacen con desventajas educativas. Y el capital adquirido que se da por los logros aparentes⁵ de los agentes.

⁵ El su obra “los Herederos” Bourdieu plantea una serie de condiciones sociales que influyen en el éxito académico que parecen aparentes, sin embargo, se demuestra que son ventajas o desventajas de primer orden.

Si las ventajas o desventajas sociales pesan tan intensamente sobre las carreras educativas y, más generalmente, sobre toda la vida cultural es que, evidentes o imperceptibles, son siempre acumuladas. Por ejemplo, la posición del padre en la jerarquía social está muy fuertemente ligada a una posición parecida de los otros miembros de la familia o incluso no es independiente de las posibilidades de realizar estudios secundarios (Bourdieu, 2008:216)

1.1.3.4 El “sentido práctico”

El “sentido práctico” para Bourdieu son desde el “sentido del juego” aquellas jugadas innumerables que se adaptan a las innumerables situaciones que se realizan sin cálculo y sin fines conscientes.

Un sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación dada –lo que se llama en deportes, el sentido de la jugada, es decir, ese arte de *anticipar* el futuro del juego, de adivinar lo que está inscrito en líneas punteadas en el estado presente del juego (Bourdieu, 1997:117)

Con respecto a la analogía del sentido del juego con el mundo social es importante apuntalar que el juego en principio se desarrolla en un espacio social y tiempo determinado, transcurre y ocurre bajo una serie de reglas explícitas que son normas legitimadas y reconocidas por los agentes; las reglas regulan el juego, pero permiten que se abran una diversidad de jugadas con un sistema de alternativas posibles que le da la posibilidad a los jugadores de realizar “sus elecciones” dentro del campo con un sentido de competencia que fundamentan el arte de jugar y que se traduce en la “habilidad de jugar” frente a infinidad de situaciones abiertas.

Según Bourdieu la acción que guía el sentido del juego tiene todas las apariencias de la acción racional que diseñaría un observador imparcial dotado de toda información útil y capaz de manejar tal información racionalmente. Y sin embargo no tiene por principio la razón. Basta pensar en la decisión

espontáneas de un jugador de tenis que se sube a la red a contratiempo para comprender que no tiene nada en común con la construcción racional que, luego de analizar dicha decisión, elabora el entrenador para explicarla y para desprender de allí lecciones comunicables. De hecho, las condiciones del cálculo racional casi nunca vienen dadas en la práctica, sea por falta de tiempo, sea porque la información es limitada, etc. Y sin embargo, los agentes hacen <<la única cosa que tenían que hacer>> mucho más frecuentemente que si actuaran al azar (Giménez, 1997:9)

1.1.3.5 La producción y reproducción

La teoría Bourdiana del habitus y en general a lo largo de toda su obra –que en repetidas ocasiones se le considerada como neomarxista⁶- se plantea un orden social con base en la división de clases sociales en las que existen dos figuras que pueden adoptar diferentes formas y que esencialmente se conservan como dominantes y dominados, de los aportes más importantes de Bourdieu es que no solamente explica esta distinción de clases, sino que además explica los mecanismos de continuidad para su conservación.

Desde la perspectiva constructivista se afirma que lo que tenemos hoy en el mundo social fue construido en el pasado, que necesariamente tiene una génesis social en la que se produjo, pero además entendemos que si se ha mantenido a lo largo de la historia es debido a los mecanismos de continuidad y a las estrategias de reproducción que ha posibilitado su perpetuación.

Para Bourdieu los aparatos ideológicos de reproducción son las estructuras e instituciones como son la familia y la escuela; ambas han utilizado diferentes estrategias en las que los grupos sociales garantizan su continuidad.

El análisis de las características sociales y escolares del público de los receptores de un mensaje pedagógico sólo tiene sentido, por tanto, si conduce

⁶ Se relaciona a la corriente del pensamiento de Karl Marx en el contexto contemporáneo.

a construir el sistema de relaciones entre, por una parte, la cultura legítima, que determina entre otras cosas el modo legítimo de imposición y de inculcación de la cultura escolar, y, por otra parte, las clases sociales, caracterizadas, desde el punto de vista de la eficiencia de la comunicación pedagógica por distancias desiguales a la cultura escolar y por disposiciones diferentes a reconocerla y adquirirla (Bourdieu, 1995:153)

Realizar un análisis cualitativo con el lente de la teoría en el ámbito del Trabajo Social coloca el tema en el plano de lo complejo, debido a que no sólo es necesario conocer el desarrollo histórico profesional como una serie de hechos cronológicos que en estricto ya están dados, sino identificar la génesis social del sistema de disposiciones actuales que orientan las prácticas profesionales que funciona como estructura-estructurada y que funciona también como estructura-estructurante explicando la toma de posición (elecciones) y capitales que posee, así como las formas en que se origina y las formas en que permanece y ha permanecido dentro del campo institucional.

1.2 ENFOQUE METODOLÓGICO

1.2.1 Planteamiento del problema

La presente investigación surge del análisis situacional antes descrito que realiza Jean-Pierre Deslauriers (2007), en el que coinciden otros autores sobre el status actual de la profesión de Trabajo Social en México, donde realiza aseveraciones importantes enfatizando que las funciones que desempeñan los trabajadores sociales en las diferentes instituciones sociales son meras acciones auxiliares carentes de fundamento teórico y metodológico; donde la profesión tiene un status por debajo de otras profesiones debido a la falta de identidad profesional, al pragmatismo en la intervención del trabajador social, y a la confusión en el quehacer del Trabajo Social, así como a la divergencia en su especificidad.

Se suma al análisis, el aporte de Saül Karsz (2007) en su obra *Problematizar al Trabajo Social* donde se plantea que el núcleo duro de la situación es la carencia de teoría en la práctica profesional.

Ambos autores señalan dos aspectos relevantes que históricamente aquejan al Trabajo Social, el primero es status profesional actual y el segundo la desarticulación entre teoría y práctica del Trabajo social; subrayando que la presente investigación representa un esfuerzo por atender a estos dos aspectos, es decir; se pretende conocer la posición del trabajador social, pero no solamente desde un punto de vista de la experiencia, sino a través de categorías teóricas.

1.2.2 Preguntas de investigación

Con lo anterior surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Es sistema de salud un campo social? ¿Son las Instituciones de Salud estructuras-estructuradas y estructuras-estructurantes?, Siendo así; ¿Cuál es la posición diferenciada que ocupa el trabajador social en este campo? Y ¿Cuál es la lógica que rigen los mecanismos de perpetuación? Desde, el mismo esquema de percepción de los agentes.

1.2.3 Objetivo de investigación

Identificar al sistema de salud como campo y la función de las instituciones de salud como estructuras-estructuradas y estructuras-estructurantes para definir la posición diferenciada que ocupa el trabajador social en este espacio, develando las estrategias de reproducción, así como la lógica de los mecanismos de perpetuación que lo ha mantenido, desde el mismo esquema de percepción de los agentes.

1.2.4 Tipo de investigación

Desde el punto de vista metodológico se trata de una investigación de tipo cualitativo, se aborda el objeto de estudio propuesto desde la perspectiva constructivista-estructuralista de Pierre Bourdieu en esta doble mirada que el autor propone, por un lado, atendiendo a las estructuras objetivas que inculcan las prácticas sociales de los agentes y por otro, en la articulación dialéctica de los aspectos más subjetivos o relacionales que se pueden observar en la red de interacciones dentro del campo.

1.2.5 Técnicas utilizadas

Para alcanzar los objetivos de la presente investigación, desde la perspectiva teórica propuesta, se recurrió a los antecedentes históricos del sistema de salud en México y del desarrollo histórico de la profesión de Trabajo Social para identificarlo como campo develando a las instituciones de salud como estructura-estructurada y como estructura-estructurante.

Según Bourdieu (1999), todo comportamiento está situado en un campo de acción particular, un sistema de valoración y de prácticas que lo definen marcando las “reglas de juego”.

Del desarrollo histórico de la profesión se apuntan principalmente las primeras escuelas de formación en Trabajo Social en los diferentes niveles académicos como fuentes de adquisición de capital cultural; el cual es fundamental para la toma de posición en el campo.

Como primera aproximación a la realidad social vista desde la perspectiva de los agentes, se utilizó la técnica de grupo focal, en la que participaron 8 profesionistas en Trabajo Social que laboran en instituciones de salud de tercer nivel de atención.

Un grupo focal puede conceptualizarse como una reunión de un grupo de personas seleccionadas por el investigador para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, la temática o hecho social de interés para la investigación (Burgos, 2011: 96)

Con la experiencia recabada de los agentes y con la información teórica se construyeron las categorías aprioristas de análisis y la guía cualitativa de entrevista.

El empleo de guías presupone un cierto grado de conocimiento de sobre las personas que uno intenta estudiar (por lo menos en las entrevistas a profundidad). Este tipo de guía es útil cuando el investigador ya ha aprendido algo sobre los informantes a través del trabajo de campo, entrevistas preliminares u otra experiencia directa. Esa guía puede asimismo ser ampliada o revisada a medida que se realizan entrevistas adicionales (Taylor & Bogdan, 1987:207)

Posteriormente se realizaron 7 entrevistas a profundidad a trabajadores sociales, determinadas por el método de saturación el cual permite detenerse cuando la información que proporcionan los entrevistados no es nueva. Los agentes que participaron son de 4 instituciones de salud distintas de tercer nivel de atención, las cuales se determinaron por factibilidad y por la disposición de los agentes a participar en la investigación, es importante señalar que el nombre de las instituciones a los que pertenecen los participantes queda bajo estricto resguardo de confidencialidad a petición de éstos mismos.

La entrevista a profundidad, se lleva a cabo a partir de una escala de preguntas abiertas que serán respondidas con las propias palabras del entrevistado; y que la persona que entrevista sirve como una cuidadosa recolectora de datos, haciendo las entrevistas cara a cara como una conversación entre iguales...indica que este tipo de entrevista es de tipo holístico, y permite la obtención de gran riqueza informativa en las palabras y enfoques de la persona

entrevistada; y la misma proporciona la oportunidad de clarificación y seguimientos de preguntas y respuestas en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo (Taylor & Bogdan, 1987:194)

Para la interpretación de los resultados se realizó una transcripción estenográfica de las entrevistas, se creó una unidad hermeneútica en el programa ATLAS TI con el que se realizó el análisis del discurso; recurriendo a los conceptos teóricos, palabras o frases que tienen vínculo directo con el material de la transcripción del grupo focal y de las entrevistas a profundidad realizadas; se determinaron las categorías teóricas apriorística y surgieron categorías emergentes.

La tarea de analizar datos cualitativos sigue siendo artesanal. Es interpretación teórica. Se parte de la escritura de todo lo expresado incluyendo pausas, silencios y muletillas; y de que el investigador o investigadora revise toda la transcripción. El proceso de transcripción conlleva a escuchar repetidamente la grabación de las voces de las entrevistas y escudriñar las transcripciones para identificar las historias a partir de las cuales los componentes estructurales son delineados (Burgos, 2011:108)

Finalmente con la aplicación e integración lógica de las técnicas se llega a la discusión de los resultados y conclusiones bajo el velo de la corriente teórica del constructivismo-estructuralismo.

Capítulo 2

El campo de la salud

La ocurrencia aquí y ahora responde al interjuego de fuerzas que provienen simultáneamente de distintos niveles del acontecer social y que son contextuales y producto de una construcción social

Morín (2000)

2.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD

Desde sus orígenes el instinto natural del ser humano es hacia la conservación de la vida y para lograrlo desde las culturas más antiguas basaron sus primeras prácticas sanitarias en dos vertientes, por un lado, el empirismo el cual se fundamenta en las bondades medicinales de la naturaleza, y por otro, las ideas mágico-religiosas que se centraban en la creencia de la voluntad divina; indistintamente de la vertiente se observa que históricamente, para la humanidad un valor fundamental es preservar la salud y prolongar la vida.

Bajo esta premisa encontramos a la iglesia como precursora en proporcionar cuidados a los enfermos con un principio de caridad como mandato divino; paralelamente desde la práctica empírica se gestaba los orígenes de la medicina; sin embargo, es hasta la edad media, en el año 1601, que en Inglaterra se promulga la “ley de pobres” en el reinado de Isabel I.⁷

⁷Según Hidalgo “Las leyes de pobres de Inglaterra, se derivan de las normas y prácticas con las que desde la primera mitad del siglo XVI, se había intentado suprimir el vagabundeo; el sistema de caridad institucionalizada, que surge en esos momentos, proporciona ayudas a los pobres, pero les prohíbe mendigar fuera de sus parroquias de origen: los mendigos quedaban confinados dentro de áreas específicas y el salirse de las mismas estaba fuertemente penalizado. Todas estas normas fueron recopiladas en el reinado de Isabel I y dieron origen a la primera ley oficial de pobres conocida como ley de Isabel, del año 1601. Esta ley estableció los principios de un sistema nacional de ayuda legal y obligatoria a los pobres, y constituyó la base de lo que más tarde se conocería como antigua ley de pobres. El sistema de ayuda legal a los pobres, que se instituyó en ese momento, se caracterizaba por los siguientes elementos: La parroquia era la unidad básica de aplicación; Las ayudas se financiaban fundamentalmente a través de impuestos sobre las propiedades locales; La gestión corría a cargo de funcionarios nombrados por los jueces locales; y Las ayudas variaban dependiendo del tipo de pobre: limosnas y asilos para los pobres incapacitados (ancianos y enfermos), aprendizaje de oficios para los niños, trabajo para los pobres capacitados, y castigo o prisión para los que podían y no querían trabajar” (Hidalgo, 2015:120)

A pesar de que se menciona someramente el tema de la salud; la relevancia de esta ley es la entrada en escena de la figura del Estado asignando una partida presupuestal a la atención de esta demanda social.

Posteriormente, en el año 1883, en Alemania en la época del canciller Otto Von Bismarck, promulga la ley de seguro de enfermedad; un año después el seguro de accidentes del trabajo y en el año 1889 el seguro contra la invalidez y vejez.⁸

Con esta iniciativa se logró un avance significativo; pero es durante la segunda guerra mundial, en Gran Bretaña, que William Beveridge sienta de manera integrada las bases para un sistema de protección que tituló “Plan para la Seguridad Social”, donde plantea la urgencia de resolver el problema de la indigencia, la enfermedad, la suciedad, la ignorancia y la desocupación que, evidentemente, había dejado como saldo la guerra.⁹

El “Plan Beveridge” es de tal trascendencia y relevancia porque en éste se sientan las bases del sistema de seguridad a nivel mundial y de su institucionalización.

2.1.1 El sistema de salud como campo

La teoría Bourdiana a nuestro entender, encara la controversia de lo objetivo (mundo material) vs subjetivo (ideología), articulando el análisis en el estudio de los campos sociales específicos a los que define como:

⁸Según la OIT “Alemania se convirtió en el primer país del mundo en adoptar un programa de seguro social para la vejez, diseñado por Otto von Bismarck. Las motivaciones del canciller alemán para introducir el seguro social en Alemania fueron promover el bienestar de los trabajadores –a fin de que la economía alemana siguiera funcionando con la máxima eficiencia– y eludir la demanda de opciones socialistas más radicales” (OIT, 2009).

⁹Para Hofman “En 1941, en la Carta del Atlántico, el Presidente Roosevelt y el Primer Ministro del Reino Unido, Winston Churchill, se comprometieron a mejorar las normas laborales, el progreso económico y una seguridad social para todos. En 1942, en pleno apogeo de la segunda guerra mundial, el Gobierno del Reino Unido publicó el Plan Beveridge –así llamado por el nombre de su autor principal, Beveridge– que dio lugar a la creación del primer sistema unificado de seguridad social” (Hofman, 2009:02)

Una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de la distribución de especies del poder (o capital), cuya posición ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.). (Bourdieu & Wacquant, 2005:150)

Para la sociología reflexiva de Bourdieu el análisis de los campos es necesariamente específico

Espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias (Di Cione, 2016:08)

En dichos campos sociales como ámbitos de sociabilidad participan voluntaria o involuntariamente los agentes alrededor de determinados intereses como la salud, la educación, el arte, etc. Cada campo puede considerarse como un lugar de observación de acuerdo a un centro de interés.

En el caso de la salud el primer planteamiento que no se puede dejar de señalar es que se trata de un campo altamente institucionalizado y regulado por su misma constitución histórica.

No todos los campos se expresan en una institución visible para los que participan en él; existen campos donde el nivel de institucionalización es bajo –como el arte, donde las reglamentaciones establecidas para definir la competencia tienen poco lugar en señalar quien es o no es un artista- mientras otros, como la medicina, están fuertemente reglados (Di Cione, 2016:05)

Por lo anterior, es necesario revisar brevemente como se definen y constituyen las instituciones sociales.

2.2 LAS INSTITUCIONES SOCIALES

Las instituciones de salud son la respuesta materializada del Estado a las demandas y necesidades sociales de la población; como un campo social específico en el que participan los agentes que intervienen y se relacionan en el proceso salud-enfermedad.

2.2.1 Definición

Cohen (1992) define a las instituciones sociales de acuerdo a su funcionalidad como un sistema organizado para satisfacer necesidades básicas y como reguladora de conductas sociales.

Una institución es un sistema de pautas sociales relativamente permanente y organizado, que formula ciertas conductas sancionadas y unificadas, con el propósito de satisfacer y responder a las necesidades básicas de la sociedad (Cohen, 1992:72)

2.2.2 Características

De esta definición Cohen (1992) resalta seis características de las instituciones que a continuación se enlistan:

1. Cada institución tiene como objetivo principal la satisfacción de necesidades específicas.

2. Formulan los valores fundamentales que comparten sus miembros.
3. Son permanentes, en el sentido de que los patrones de conducta establecidos dentro de las instituciones de una cultura dada, se convierten en parte de su tradición.
4. Las bases sociales de las instituciones son tan amplias que sus actividades ocupan un lugar central dentro de la sociedad; un cambio drástico en una institución puede producir cambios importantes en las demás.
5. Todas las instituciones son interdependientes dentro de la sociedad, sin embargo; cada una está altamente estructurada y organizada alrededor de un conjunto esperado de normas, valores y pautas de comportamiento.
6. Los ideales de una institución son generalmente aceptados por la gran mayoría de los miembros de la sociedad, participen estos o no en las actividades de la institución (Cohen, 1992:73)

2.2.3 Funciones manifiestas y latentes

Estas características nos permiten entender de manera general la funcionalidad de las instituciones, diferenciando que existen funciones manifiestas y funciones latentes:

Las instituciones tienen funciones básicas comunes a todas ellas, y hay otras más específicas de cada institución particular. Las funciones manifiestas son aquellas que son obvias, evidentes, y generalmente aceptadas por los miembros de la sociedad. Las funciones latentes de las instituciones son aquellas menos obvias y evidentes, e incluso pueden ser desaprobadas por los miembros de la sociedad (Cohen, 1992:74)

Las instituciones sociales en primer lugar se forman con el propósito de satisfacer una necesidad específica de la sociedad, se constituye como un sistema organizado

y duradero que regula la conducta a través de sus funciones manifiestas y/o latentes estableciendo una serie de normas y valores aceptados los agentes que participan en las actividades de la institución.

En el caso del sistema de salud mexicano su estructura es fundamental para su funcionamiento.

2.3 ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS; un sistema de salud

...abarca cualquier actividad que esté encaminada a promover, restablecer o mantener la salud (OMS, 2015).

2.3.1 Niveles de atención

El sistema de salud mexicano se estructura para su funcionalidad en tres niveles de atención:

El primer nivel de atención está Conformado por unidades médicas que atienden a nivel ambulatorio, son el primer contacto de las personas; su estructura puede ser de un solo consultorio o muchos en zonas rurales o bien, urbanas, de hasta 30 consultorios o más; algunas cuentan con laboratorio de rayos X y de ultrasonido; con medicina preventiva, farmacia, administración, y de ser posible, epidemiología y equipos de esterilización

El segundo nivel de atención es una red de hospitales generales que dan atención a la mayor parte de necesidades y problemas de salud cuando se requiere hospitalización o atención de urgencias. Se organizan en cuatro especialidades: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; así como los servicios de urgencias, admisión, hospitalización, banco de sangre,

central de esterilización y equipos, quirófanos, farmacia, consulta externa, entre otros.

Y el tercer nivel de atención son hospitales de “alta” especialidad, cuyas subespecialidades y equipos no tienen en el segundo nivel de atención. Pueden estar especializados en un campo específico, como los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Perinatología, Enfermedades respiratorias, Geriatria y Rehabilitación (Soto, Lutzow, & González, 2008:160).

Se divide en dos sectores el público y el privado. El sector público comprende al Seguro Social el cual su fuente de financiamiento es tripartita y las figuras de contribuyentes son el gobierno, el empleado y el empleador.

Las instituciones que pertenecen a este sector son por un lado el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE; Petróleos Mexicanos, PEMEX; Secretaría de la Defensa Nacional, SEDENA y la Secretaria de Marina; que proporcionan el servicio a empleados y jubilados del gobierno y de las fuerzas armadas.

El sector público también figura la Secretaría de Salud, SSA; IMSS-Prospera y el Seguro Popular, los cuales se nutren de fondos del gobierno federal y estatal; su cobertura es para trabajadores del sector informal, autoempleados y desempleados.

En el sector privado está constituido por instituciones de salud con inversión privada y de particulares que dan atención y ofrecen sus servicios, específicamente, a la población con capacidad de pago.

2.3.2 Agentes en el Campo de la salud

Retomado la conceptualización de campo según Bourdieu (1997) el campo, es todo espacio social donde se configuran las relaciones sociales objetivas entre

posiciones diferenciadas, socialmente definidas y jerarquizadas; que en el caso del sistema de salud se definen por la profesión y el puesto.

Ergo, desde la sociología reflexiva el análisis del campo de la salud versa en las relaciones objetivas entre los diferentes agentes que convergen en su interior, los cuales se reconocen como el personal sanitario y que dichas relaciones están predispuestas por la posición y los capitales que poseen.

La Organización Mundial de la Salud (2006) define al personal sanitario como “Toda persona que lleva a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.” Como puede observarse la definición es demasiado amplia e incluye a cualquiera que realice cualquier tarea en pro a la salud como los mismos familiares de los enfermos.

Para delimitar la definición la Organización Mundial de la Salud en el Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud plantea diferentes clasificaciones del personal sanitario que incide en el proceso salud-enfermedad, la primera del personal remunerado y el no remunerado; en el no remunerado tendríamos por ejemplo: los familiares, promotores, voluntarios etc. Del personal remunerado tenemos los que inciden de manera directa e indirecta como se expresa en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Marco para definir al personal sanitario

Formación, ocupación y lugar de trabajo del individuo	Trabaja en el sector sanitario	Trabaja en un sector distinto del sanitario o está desempleado/inactivo
Con formación sanitaria y ocupación sanitaria	A. Por ejemplo, médicos, enfermeros o parteras que trabajan en establecimientos sanitarios	C. Por ejemplo, enfermeros que trabajan para empresas privadas o farmacéuticos que trabajan en puntos de venta minorista
Con formación sanitaria y ocupación no sanitaria	A. Por ejemplo, gestores de establecimientos sanitarios con formación médica	C. Por ejemplo, profesores universitarios con formación médica o enfermeros desempleados
Con formación en un campo no sanitario o sin formación académica	B. Por ejemplo, economistas, administrativos o jardineros que trabajan en establecimientos sanitarios	D. Por ejemplo, maestros de primaria, mecánicos de automóvil o contables de banca

Para una descripción del personal sanitario por campos de formación relacionados con la salud, el personal que considera recursos humanos de manera formal como parte de las instituciones sociales de salud son:

Cuadro 2. Campos de formación profesional relacionados con la salud

CAMPO	DESCRIPCIÓN
CAMPOS DE FORMACIÓN DIRECTAMENTE RELACIONADOS A LA SALUD	
Medicina	<p>Se centra en los principios y procedimientos que permiten prevenir, diagnosticar, atender y tratar las afecciones, las enfermedades y los traumatismos en los seres humanos y mantener a estos en buen estado de salud.</p> <p>Este ámbito abarca fundamentalmente la formación de los médicos. En este campo se clasifican los programas cuyo principal contenido es el siguiente: medicina, ciencias médicas, formación médica. Comprende las especializaciones médicas, como anatomía, anestesiología, cardiología, cirugía, dermatología, epidemiología, geriatría, hematología, medicina forense, medicina interna, medicina preventiva y social, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología, pediatría y psiquiatría.</p>
Servicios Médicos	<p>Se centra en las afecciones físicas, el tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento del bienestar físico de los seres humanos sin recurrir a métodos quirúrgicos.</p> <p>Los programas de formación incluidos bajo este epígrafe comprenden una amplia gama de servicios como farmacia, fisioterapia, nutrición y dietética, optometría, prótesis ortopédicas, quiropraxia, radioterapia, readaptación profesional, servicios de ambulancia, técnicas de radiología médica, tecnología de audioprótesis, tecnología de laboratorio médico, tecnologías paramédicas de urgencia, terapia ocupacional y trastornos del lenguaje y logopedia.</p>
Enfermería	<p>Se centra en la prestación de atención de salud a las personas enfermas, minusválidas o inválidas y en la asistencia a médicos u otros profesionales médicos y sanitarios de nivel superior en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.</p> <p>Se clasifican aquí los programas de formación con los siguientes contenidos principales: atención a ancianos, atención a minusválidos, ayudante de enfermería/camillero o celador, cuidados de enfermería auxiliares, cuidados de enfermería básicos, enfermería psiquiátrica, higiene del lactante (cuidados de enfermería) o partería.</p>
Servicios dentales	<p>Se centra en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y anomalías de los dientes y las encías. Comprende el diseño, la fabricación y la reparación de prótesis dentales y aparatos de ortodoncia, así como la prestación de asistencia a los odontólogos.</p> <p>Se clasifican aquí los programas de formación cuyos principales contenidos son: auxiliar de odontología, cirugía odontológica, enfermería odontológica, higienista dental, odontología, odontología clínica, ortodoncia y tecnología de laboratorio odontológico.</p>
CAMPOS DE FORMACIÓN ASOCIADOS A LA SALUD	
Trabajo Social y Orientación	<p>Se centra en las necesidades de las comunidades, de ciertos grupos y de los individuos en materia de bienestar y en las formas adecuadas de cubrirlas. Presta especial atención al bienestar social, en particular a las políticas y prácticas sociales.</p> <p>En este campo se clasifican programas de formación como los siguientes: apoyo en situaciones de crisis, orientación en materia de alcoholismo y toxicomanía, prácticas sociales y trabajo social (bienestar).</p>

<p style="text-align: center;">Protección Medioambiental</p>	<p>Se centra en las relaciones entre los organismos vivos y el medio con objeto de proteger una amplia gama de recursos naturales. Comprende los programas de servicios comunitarios que abordan cuestiones que afectan a la salud pública, como las normas de higiene de los alimentos y el abastecimiento de agua.</p> <p>Se clasifican aquí programas de formación como los siguientes: eliminación de desechos, reducción de la contaminación atmosférica, reducción de la contaminación del agua, saneamiento comunitario y toxicología medioambiental.</p>
<p style="text-align: center;">Salud y Seguridad en el Trabajo</p>	<p>Se centra en la identificación, la evaluación y el control de los factores ambientales asociados al lugar de trabajo.</p> <p>Se clasifican aquí programas de formación como los siguientes: bienestar laboral (seguridad), ergonomía (salud y seguridad en el trabajo), estrés en el trabajo, salud e higiene en el trabajo, y salud y seguridad en el lugar de trabajo.</p>

Fuente: Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, 2009.

Como claramente se expresa en el cuadro anterior, el Trabajo Social se considera de los campos de formación asociados a la salud, por lo que su incidencia es de manera indirecta; centrando la intervención en las necesidades de comunidades, grupos y de los individuos para satisfacerlas.

En este mismo sentido, pero de forma aún más específica encontramos una publicación que avala la Organización Mundial de la Salud en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud en una edición de la obra Planeación y Administración de Hospitales, donde el autor Liewelyn-Davies (1969) describe al personal sanitario.

Existen dos sistemas de dotación de personal en las instituciones de salud, el sistema paralelo y el sistema jerárquico Liewelyn-Davies (1969). En el sistema paralelo todos son considerados como iguales y de manera individual dan atención a los casos siguiendo con su propia consideración, sin tener mayor relación con los demás. En el sistema jerárquico que se recomienda a países en desarrollo y el cual impera en el sistema de salud mexicano; se nombra a un jefe de departamento de cada especialidad médica que determina las líneas de acción para la atención de los pacientes que le son presentados por sus colegas; las decisiones y las acciones son tomadas por autoridades de mayor rango.

En la siguiente tabla se describe al personal necesario para el funcionamiento de una institución de salud según la propuesta para la Planeación y Administración de Hospitales.

Cuadro 3. Personal sanitario

PERSONAL SANITARIO	
PERSONAL MÉDICO	
JEFE DE SERVICIO	Médico especialista que dirige las acciones en la atención de los pacientes según su especialidad.
MÉDICO ESPECIALISTA	Se ordena en equipos de las principales especialidades médicas
MÉDICOS SUBALTERNO	Está por debajo del especialista y generalmente son residentes que están en formación.
JEFA DE ENFERMERAS	Dirige y controla las acciones del personal de enfermería
ENFERMERÍA	Personal que presenta asistencia directa a los pacientes de acuerdo al plan médico.
PERSONAL ADMINISTRATIVO	
DIRECTOR	Según el autor no hay acuerdo si el director de un hospital debe de ser o no, médico; el hecho es que el director debe de contar con perfectamente con conocimiento de administración hospitalaria; lo que es un hecho, es que pese a que no hay acuerdo la mayoría de directores en el sistema de salud en México son médicos.
JEFE ADMINISTRATIVO	Debe encargarse del mantenimiento de la estructura física el edificio, funcionamiento de los almacenes, cocinas, comedores y lavanderías. Este profesional puede ser o no médico.
FUNCIONARIO DE FINANZAS	Se recomienda a un profesional contable para el asesoramiento y administración de las cuestiones financieras.
PERSONAL ADMINISTRATIVO GENERAL	Secretarías médicas, recepcionistas.
PERSONAL PROFESIONAL TÉCNICO	
TRABAJADORAS MÉDICO-SOCIALES	Atiende las dificultades sociales y domésticas que son un factor importante de las enfermedades
FISIOTERAPEUTAS Y ERGOTERAPEUTAS	EL estímulo de los movimientos activos controlados es la mejor manera para restaurar la función del cuerpo.
FARMACÉUTICOS	Tiene a su cargo las operaciones de la farmacia del hospital y suministro exacto de los medicamento prescritos por los médicos.
RADIÓLOGOS	Tiene a cargo el departamento de rayos X, el mantenimiento de los registros y custodia de las películas y reactivos.
TÉCNICO DE LABORATORIO	Analiza muestras procedentes de las salas y del servicio público, esta generalmente dividido por secciones de microbiología.
DIETISTAS	Tiene a cargo la cocina y supervisa el régimen de dietas especiales necesarias para los pacientes.
OFICIAL DE REGISTRO	Ordenar y clasificar los registros médicos de los expedientes de los pacientes
OTRO PERSONAL	
MANTENIMIENTO	Se refiere al personal doméstico y de mantenimiento de todas las áreas del hospital

Fuente: Elaborado por Juana Patricia Pérez González tomado "Planeación y Administración de Hospitales" Publicado por la Organización Mundial de la Salud en el No. 54 de su serie de monografías.

Los agentes que participan en el campo de la salud es depende de tamaño de cada hospital y de su capacidad de atención. La descripción anterior es la recomendación mínima del personal profesional y no profesional, requerida para su funcionamiento.

Para Llewelyn-Davies (1969) el trabajador social se ubica como un profesional técnico y la importancia de su intervención se centra a subsanar las dificultades sociales que se presentan en el origen de las enfermedades.

Se admite en general que las dificultades sociales y domésticas son un factor importante en la etiología de las enfermedades; pueden precipitar una afección o retardar su curación. Un departamento médico-social bajo la dirección de una trabajadora médico-social adiestrada capaz de colaborar con los clínicos, es una necesidad vital en el hospital moderno; sin él, gran parte de la competencia y esfuerzos de los médicos y enfermeras puede desperdiciarse (Llewelyn-Davies, 1969:94)

En las categorizaciones anteriores del personal se puede observar que el Trabajo Social se ubica en el campo de formación asociados a la salud y como parte del personal profesional técnico; donde su intervención está subordinada a las prácticas médicas; así como el resto del personal.

2.3.3 Conceptualización del Trabajo Social

Uno de los fenómenos que se dan en torno a la profesión es la diversificación y variación de concepciones sobre la definición profesional, Alayón (1987); simplemente realiza una recopilación de 140 definiciones de Trabajo Social en diferentes épocas y diferentes países, de México presenta 6 definiciones y como ya se mencionó con antelación, México es el único país en conceptualizar de manera textual a la profesión como auxiliar¹⁰.

Cabe mencionar también que esta definición se ha ido transformando de acuerdo a la dinámica y al contexto social que actualmente se torna más complejo, pero es inevitable mencionar que la génesis social de la carrera y la percepción de cómo se construye y reconstruye desde su carácter auxiliar a influido en su praxis.

¹⁰ Definición que presenta Alayón (1987) del año de 1965 de la Escuela Nacional de Trabajo Social

En términos más generales y globales se encuentra la definición contemporánea de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS)

La profesión de trabajo social facilita el cambio social y el desarrollo, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, ciencias sociales, las humanidades y los saberes indígenas, trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (FITS, 2014).

Es importante señalar que la definición que se discute y plantea desde la FITS se recomienda contextualizar a la realidad social y regional en el que el trabajador social desarrolla su labor; como uno de los aspectos indisolubles del mundo social.

Una de las definiciones contemporáneas más importantes en el contexto mexicano es la que da la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), como instancia formadora y referente latinoamericano de la profesión; la cual señala que el Trabajo Social:

Es una disciplina que, mediante su metodología de intervención, contribuye al conocimiento y transformación de los procesos sociales, para incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social.

El objeto de estudios y de intervención profesional lo constituyen las personas como sujetos sociales y su relación con las necesidades, demandas y satisfactores sociales.

El licenciado en Trabajo Social busca contribuir al desarrollo de las potencialidades de las personas a partir de la interacción social de estas; para ello, es fundamental el respeto a los derechos humanos, una actitud positiva hacia el cambio para mejorar las condiciones de vida de las colectividades y los individuos, así como la disposición al trabajo multi e interdisciplinario.

De esta manera, conoce e interpreta las necesidades, carencias y demandas de los sujetos sociales a fin de desarrollar políticas y programas de carácter social, organiza y capacita a la población para su participación social en la búsqueda de opciones para resolver los problemas detectados y mejorar su nivel y condiciones de vida (ENTS-UNAM, 2016)

En esta línea autores como Nora Aquín (2003) piensa que la profesión orienta su intervención a la atención de necesidades (materiales y no materiales) de personas, familias, grupos y poblaciones que tienen dificultades para la reproducción de su existencia, promoviendo su vinculación con instituciones públicas y privadas que disponen o pueden crear satisfactores.

Para efectos de esta investigación se adopta la definición planteada por la Escuela Nacional de Trabajo Social, dado que integra desde el objeto de estudio la relación entre sujetos, necesidades, demandas y satisfactores sociales.

Así desde esta perspectiva relacional se entiende que las instituciones de salud funcionan como estructuras-estructurada debido a que la división de clases se expresa en una relación objetiva de autoridad/súbdito y/o jefe/subordinado; aceptadas y enmarcadas en un sistema de legitimidad socialmente establecidas.

Así también, funcionan como estructuras- estructurantes porque constituyen en el mundo social un sistema organizado y duradero que formula ciertas conductas y tienen el propósito de satisfacer una necesidad, evidentemente que para lograrlo se basan en una normativa y valores que emanan de la filosofía de las mismas instituciones de salud y que los agentes que pertenecen a ellas, las aceptan y las reproducen.

Es importante resaltar que como todo sistema organizado, las instituciones sociales en salud tienen una estructura orgánica interna en la que se determinan las posiciones o puestos de forma jerárquica; no resulta extraño que en las instituciones de salud los puestos más altos están ocupados por médicos, históricamente son las

figuras que directamente intervienen para salvar la vida y preservar la salud; dotándolos de un importante capital simbólico.

Una vez determinado el sistema de salud como campo y a las instituciones de salud como estructuras, en el siguiente capítulo se analizará la incorporación del trabajador social y la toma de posición como sistema de elecciones, así como la adquisición de sus diferentes capitales.

Capítulo 3

La escuela: fuente de adquisición del capital cultural

Hay que rehacer el análisis de la presencia en el mundo, pero historizándolo, es decir, planteando el problema de la elaboración social de las estructuras o esquemas de percepción que el agente pone en funcionamiento para elaborar el mundo

Bourdieu (1999)

3.1 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD

Desde la misma mirada constructivista la importancia de la historicidad versa en tres aspectos fundamentales:

- 1) El mundo social se construye a partir de lo ya construido en el pasado, 2) las formas sociales del pasado son reproducidas, apropiadas, desplazadas y transformadas en las prácticas y en la vida cotidiana de los actores, 3) este trabajo cotidiano sobre la herencia del pasado abre un campo de posibilidades para el futuro (Giménez, 1997:21)

3.1.1 Breviario histórico y contextual del sistema de salud en México

Con la conquista de Tenochtitlán; emerge la época colonial en nuestro país, época durante la cual la corona española se impone en todos los aspectos: en lo económico, político y social, bajo el poder administrativo virreinal, predominando la relación clasial entre conquistadores-conquistados, dominantes-dominados; ergo, españoles-indígenas.

En este contexto social y a consecuencia de esta transición, la población indígena queda relegada y desprotegida; escenario en el que nuevamente la iglesia tiene un

papel central, tomando las acciones de asistencia y la administración de incipientes hospitales a cargo de los misioneros; bajo el precepto de caridad.¹¹

Durante el periodo de independencia no se vislumbra un panorama diferente debido a la profunda fragmentación social herencia de la colonia. En 1821, tras el logro de la independencia de México, se inicia con intentos de consolidar un estado-nación, pero la reacia clase dominante y la influencia eclesial continuaban centralizando el poder.

En 1824, de acuerdo al Acta Constitutiva de la República Mexicana, se establece el catolicismo como la única religión para México; por lo que continuó con la labor y la administración de asistencia que tenía desde la colonia.

En 1833, el Dr. José María Mora asesor del Vicepresidente Gómez Farías con un pensamiento liberal¹² y con una postura anticlerical intenta organizar e incorporar la beneficencia como dependencia del Estado.

El pensamiento de Mora, permeó y transformó paulatinamente los servicios sociales, allana el camino para que en el año 1841, en el gobierno de Santa Anna se creará el Consejo de Salubridad General y en el año 1861, el entonces Presidente de la República decreta la creación de la Dirección General de Beneficencia.

En la etapa del Porfiriato¹³ ante una plataforma de desigualdad y de injusticia social se instituye La Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30

¹¹Para Miranda "Los hospitales eran corporaciones dirigidas por los misioneros, que centraban su accionar en recoger enfermos, dar albergue a los ancianos y menesterosos. Ofrecían techo y comida a los viajeros pobres y practicaban la previsión social." (Miranda, 1972:37)

¹² Según Evangelista, Mora pensaba que la marcha política del progreso era aquella que tendía a afectar de una manera más o menos rápida, la ocupación de los bienes del clero, la abolición de los privilegios de esta clase y la difusión de la educación y de la beneficencia pública para las clases populares, independientemente del clero.

¹³ Evangelista cita las palabras de José Luis Trueba con las que en breves líneas describe lacónicamente esta etapa "La historia del Porfiriato no es otra cosa más que la historia de un periodo tenso entre dos vórtices: lo sublime y la bajeza, uno estaba determinado por el proceso industrial, agrícola, comercial y financiero; por los números negros en las cuentas públicas; por las modas y las pláticas que se escuchaban en plateros; por las producciones de los músicos y literatos; por los adelantos científicos y tecnológicos que comenzaban a poblar el país, mientras que el otro, el de lo grotesco, el de la bajeza, contenía las imágenes de los indígenas, de los campesinos y de algunos intelectuales que no habían podido subir al carro de la abundancia" (Evangelista, 1998:52)

de abril de 1904 y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida el 9 de abril de 1906; sentando la primera iniciativa que proporcionaba protección para la atención y conservación de la salud de la clase trabajadora; muy parecida a la ley de seguro de enfermedad que instituyó Bismarck.

Consecuentemente los latifundios, el monopolio extranjero y el régimen dictatorial de Díaz, fueron solamente algunos de los aspectos que fundaron la revolución mexicana en busca de un anhelo de justicia social.

Los primeros años del movimiento revolucionario fueron adversos para crear instituciones de carácter social; sin embargo, uno de los avances más significativos del tema cobra relevancia con la constitución de 1917, donde se señala en el artículo 123 y su fracción XIX y en su posterior reforma de 1929, prevé la necesidad de crear el Seguro Social, dando coberturas para la atención de enfermedades, maternidad, invalidez, vejez, riesgos de trabajo, cesantía y muerte.

Pero es hasta el periodo post-revolucionario con fundamento en el artículo 123 constitucional apartado A fracciones XII, XIV y XXIX y en el apartado B fracciones XI, XIII, XIII Bis y XIV, así como en el artículo 4º, párrafos tercero y cuarto. De estas disposiciones han emanado diversos ordenamientos con los que queda constituido el actual sistema jurídico de la Seguridad Social en México.

Con el antecedente del periodo Cardenista en el año 1943, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS; que protege a la clase trabajadora con los principios fundamentales que planteó Beveridge en su “plan de seguro social” que integraba la protección para la salud, vivienda y cesantía. Paralelamente, en el mismo año, también se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que brinda atención a la población que no cuenta con un contrato laboral. Y más adelante, en el año 1961, se funda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado, ISSSTE; que hasta nuestros días funge como los pilares del sistema de protección y seguridad social en México.

En este contexto surge la profesión de Trabajo Social y según Evangelista (1998) el trabajador social en México se atrinchera y legitima dentro de estos espacios institucionales.

En México, el trabajador social aparece primero como una labor profesional reconocida dentro de las instituciones sociales y de los espacios comunitarios (Evangelista, 1998:73)

Incorporándose como antes se señaló principalmente en el campo de la salud y en la beneficencia pública; lo que nos remite a reflexionar sobre el surgimiento de la profesión en nuestro país y a su origen epistemológico.

3.1.2 El origen de la profesión: Una dicotomía.

Sin limitar la historia del Trabajo Social a una simple cronología de hechos, sino más bien con la intencionalidad de rescatar aquellos elementos fundantes del pasado -que ya describieron los especialistas en el tema-, en los que se puede identificar la génesis social de algunos preceptos que se inculcaron en el esquema de pensamiento de los agentes en el campo de las instituciones en salud.

Según Carlos Montaña (2000) existen dos corrientes dicotómicas que fundamentan el origen del Trabajo Social; la perspectiva endogénista que plantea el surgimiento de la profesión en la evolución, organización y profesionalización de las anteriores formas de ayuda de la caridad y la filantropía; como representantes de ésta corriente en México se encuentran Aída Valero (1994) y Elí Evangelista (1998), entre otros.

La segunda postura es la que Montaña (2000) denomina como la perspectiva Histórico-crítica que surge en oposición a la perspectiva anterior argumentando la génesis de la profesión como un subproducto de los proyectos político-económicos que históricamente han operado y que reproducen la ideología de las clases dominantes en el sistema capitalista y de la función del Estado. En mucho menor

medida se encuentra algunos autores que escriben de manera somera sobre esta perspectiva en México.

Es importante resaltar la importancia de las posturas dicotómicas del origen del Trabajo Social, para no transitar por este hecho de forma efímera y aparente; como trataremos más adelante desde el esquema de pensamiento de los agentes donde a partir de este hecho se imprimen algunas ideas que fundan su práctica.

3.1.3 Cronología institucional del trabajador social

En el siguiente cuadro Valero (1994) presenta de manera cronológica el desarrollo institucional de la evolución histórica del trabajador social del año de 1921 al año 1977; lo que permite contextualizar la creación de las escuelas de formación del trabajador social en sus diferentes niveles académicos.

CRONOLOGÍA INSTITUCIONAL DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL PROFESIONAL EN MÉXICO

Desarrollo Institucional		Filosofía	Metodología Trabajo Social
Presidente Álvaro Obregón, 1920-1924.			
1921	La secretaría de Educación Pública está a cargo de José Vasconcelos, creándose las Misiones Culturales.	Positivismo.	
1922	Son establecidos los primeros centros de Higiene Infantil a iniciativa del Dr. Isidro Espinoza de los Reyes.	Humanismo.	
1926-1927	Es creado el Consejo Tutelar de Prevención Social.	Positivismo	
Presidente Plutarco Elías Calles, 1928-1932			
1928	Existen algunos esfuerzos por crear instituciones educativas para prestar atención a hijos de madres trabajadoras.	Liberalismo.	
1929	El 28 de junio se funda la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, institución a nivel nacional para atender a los niños necesitados.	Humanismo.	
	Son nombradas algunas "Inspectoras de beneficencia pública" para investigar solicitudes de ayuda.	Positivismo.	Se perfila el Trabajo Social.

1931	Es establecido el 17 de octubre el Consejo Supremo de Defensa de Prevención Social, que más tarde se convertiría en el Departamento de Prevención Social de la Secretaría de Gobernación.	Positivismo.	
Presidente Abelardo Rodríguez, 1932- 1934			
1932	Se extienden el 1º de marzo, los primeros nombramientos de “investigadores sociales” para la Beneficencia Pública.	Positivismo.	Casos incipientes.
1933	Se crea la primer Escuela de Trabajo Social en México, por lo que en 1936 se nombra oficialmente a la primera Trabajadora Social en el Departamento de Acción Educativa y Social de la Beneficencia Pública.	Positivismo Humanismo	Institucionalización del Trabajo Social. Trabajo social de casos
Presidente Lázaro Cárdenas, 1934-1940			
1936	La Secretaría de Salubridad establece la Dirección de Servicios Médicos Rurales Cooperativos, se funda a Escuela de Medicina Rural, en la Universidad Nacional Autónoma de México se establece el servicio social en la Facultad de Medicina.	Humanismo Socialismo	
1937	En diciembre se crea e Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil, encargado de los problemas educativos de los menores de edad; en esta época se conjugan los esfuerzos de los llamados hogares infantiles con los jardines de niños, implantándose para ello la enseñanza pre-escolar.	Humanismo	
	El General Lázaro Cárdenas decide suspender el servicio de las Misiones Culturales foráneas, dejando sólo las del Distrito Federal, para niños de los barrios pobres de la Ciudad; en provincia los maestros son incorporados a las Escuelas Normales Rurales y en los Centros Agrícolas.	Humanismo Positivismo	
	Es creada la Secretaría de Asistencia Pública.		
1938	En el Gobierno de General Lázaro Cárdenas, se reforma la Fracción 25 del Artículo 73 Constitucional donde se faculta al Congreso de la Unión para unificar y coordinar la educación en toda la República. Como resultado de esta legislación nacen importantes centros de estudio como el Instituto Nacional de Pedagogía, el Instituto Politécnico Nacional y el Colegio de México. Entre otras, se crean las cooperativas Excelsior, la Manufacturera de Cemento Portland Cruz Azul.	Humanismo Positivismo Socialismo	
Presidente Manuel Ávila Camacho, 1940-1946.			
1940	Conforme o establecido en la Ley de Pensiones Civiles de Retiro, algunas prestaciones incorporan a trabajadores sociales en la Institución.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos.
1942	La junta de Asistencia Privada es establecida a partir del 31 de diciembre, contando con apoyo profesional de Trabajadores Sociales.	Cristianismo Humanismo.	Trabajo Social de Casos.
	Son reinstaladas las Misiones Culturales como un servicio educativo.	Funcionalismo.	
1943	Por decreto Presidencial del 1º. De junio se crea el Hospital Infantil de México, iniciando sus actividades el 30 de abril de 1943, convirtiéndose en “la cuna del ejercicio y el aprendizaje del Trabajo Médico Social en nuestro país.	Humanismo Funcionalismo	

	La Secretaría de Salubridad y Asistencia es establecida.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
	La Casa Cuna pasa a ser de una institución de Beneficencia Pública a Asistencia Pública, dependiente de la SSA.	Humanismo	
	Egresan la primera generación de Trabajadores Sociales formados en la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, conforme el Plan de Estudios aprobado en 1940; este curso tuvo como antecedente cursos de capacitación para el personal de los Tribunales para Menores de la Secretaría de Gobernación.	Positivismo Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1944	Inauguración del Instituto Nacional de Cardiología, inicialmente contó con personal empírico de Trabajo Social (se observará que en 1964 tendría cinco Trabajadores Sociales).	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1945	El Hospital General de México cuenta con personal empírico de Trabajo Social, en 1948 incorporaría a personal profesional. Es decretada la Ley del Seguro Social, con lo que se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social, mismo que desde sus orígenes cuenta con personal de Trabajo Social.	Funcionalismo Liberalismo	Trabajo Social de Casos.
Presidente Miguel Alemán Valdés, 1946-1952.			
	Se multiplican las guarderías infantiles como dependencias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y empiezan a aparecer en otras Secretarías de Estado, así como en Instituciones descentralizadas.	Funcionalismo Liberalismo.	Trabajo Social de Casos.
1946	El departamento del Distrito Federal crea una institución para hijos de internos de algún centro penitenciario, constituyéndose albergues para varones y mujeres menores de edad. Se observará que para 1958 empiezan a recibir a menores que deambulaban en la vía pública o bien que requerían protección social.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
	El Hospital de Enfermedades de la Nutrición incorpora desde este año a trabajadoras sociales (actualmente es el Instituto Nacional de Nutrición).	Humanismo.	Trabajo Social de Casos.
	El Centro Materno Infantil "Mexicano Ávila Camacho" cuenta a partir de la fecha con Trabajo Social.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1949	Se establece formalmente las oficinas de Trabajo Social en los Hospitales Generales, Juárez, Homeopático, Manicomio General y el Dr. Jesús Alemán Pérez.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1947	El día 7 de abril, el Hospital Central Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, instituye el servicio médico social, con un grupo de Trabajadoras Sociales que recibieron el grado de oficiales.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1948	Trabajo Social inicia sus actividades en el Pabellón de niños en el Manicomio General, a iniciativa de la Dra. Matilde Rodríguez Cabo, fundadora de Psiquiatría Infantil.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
	Se funda la Escuela de Trabajo Social en Monterrey, N.L.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1950	El Dr. Francisco Núñez introduce de manera definitiva y regular el servicio de Trabajo Social y establece como rutina el estudio social de cada uno de los enfermos, subrayando la importancia del Trabajador Social en el área de psiquiátrica.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.

1951	Se abre una escuela de Trabajo Social en Veracruz, Ver.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos.
Presidente Adolfo Ruíz Cortínez, 1952-1958.			
1952	La rehabilitación de ciegos tuvo su mayor impulso y se instituye el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales.	Humanismo.	Trabajo Social de Casos.
	En Guadalajara, Jal. Se establece una Escuela de Trabajo Social.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1953	A partir de 1952 la S.S.A. crea la Dirección General de Higiene y Asistencia Materno Infantil, la de Rehabilitación, la de Asistencia Médica y la de Asistencia Social. Incorpora en todas ellas a Trabajadores Sociales.		Trabajo Social de Casos.
	La Dirección de Salubridad del Distrito Federal incorpora a Trabajadores Sociales en sus programas.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos y grupos
1954	Es establecida la Dirección de Trabajo Social de la S.S.A. EL Instituto Nacional de Audiología (hoy Instituto Nacional de Comunicación Humana) fue inaugurado en 1954, a partir de ese año ingresan Trabajadores Sociales, institucionalizándose este servicio hasta el año siguiente.	Funcionalismo Humanismo	Trabajo Social de Casos y grupos
1955	La Secretaría de Hacienda y Crédito Público en su Departamento de Servicios Sociales incorpora a partir del 5 de octubre a Trabajadores Sociales.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos
Presidente Adolfo López Mateos, 1958-1964.			
	La Secretaría de Hacienda y Crédito Público aumenta sus servicios a partir de enero con una guardería, escuela primaria y sanatorio.	Liberalismo.	Trabajo Social de Casos.
1959	El día 30 de diciembre de 1959 la Dirección de Pensiones Civiles de Retiro pasa a ser en base al Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, el ISSSTE, incorporado en función a las nuevas prestaciones a personal de Trabajo Social, fundamentalmente en la Subdirección Médica.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos
	Se inicia el Trabajo Social en Escuelas Secundarias Diurnas en el Distrito Federal.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos y grupos
	En Pachuca, Hgo., se establece la primer Escuela de Trabajo Social, a nivel Técnico.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos y grupos
1960	Es inaugurada una Escuela de Trabajo Social de Guadalajara. En la década de los '50 se intensifica la acción para la educación de adultos, creándose el Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos, grupos y comunidad
1961	Las funciones que venía desempeñando la Asociación Civil de Asistencia a la Niñez, a partir del 31 de enero son cubiertas por el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, se incorpora un gran número de Trabajadoras Sociales.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos
	Se crean los Hospitales de Urgencias Médico Quirúrgicas de Xoco-Coyoacán, Balbuena y la Villa, continuando a la vez los servicios el Hospital "Rubén Leñero" contando con la función de Trabajo Social en todos los hospitales.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos

1962	La Secretaría de Marina, a partir del Decreto Presidencial aprobado por el H. Congreso de la Unión, autoriza el 18 de septiembre la creación de la Dirección de Seguridad Social de la Armada de México, con lo que Trabajo Social se incorpora a los programas de bienestar para los derechohabientes.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos
	Es establecido el Patronato de Reos Liberados dentro de la Secretaria de Gobernación.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos
1961	En la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Dirección de Servicios Sociales incorpora a Trabajadores Sociales en aspectos de vivienda para empleados universitarios, ayudas alimenticias, becas económicas y bolsa de trabajo.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos
	Existe un antecedente a esta dependencia que se refiere a la intervención de Trabajo Social en la Granja Experimental Porcino Veterinaria para el ingreso de alumnos internos.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos
1963	Se abren escuelas de Trabajo Social a nivel técnico en el Distrito Federal, Aguascalientes, Ags. Colima.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos, grupos y comunidad
Presidente Gustavo Díaz Ordáz, 1964-1970.			
1964	La Cruz Roja Mexicana incorpora a un Trabajador Social a fin de reconocer la utilidad que reportaba este profesional área hospitalario-asistencial.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad.
	Se crean dos escuelas de Trabajo Social a nivel Técnico en el Distrito Federal.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad.
1965	Se fundan escuelas de Trabajo Social en Hermosillo, Son., Culiacán, Sin.	Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad.
	Se crea una escuela de Trabajo Social en Piedras Negras, Coahuila.	Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad.
1966	Son fundados los Hospitales Psiquiátricos "Fray Bernardino Álvarez" y "Juan N. Navarro", en este último se desarrolla ampliamente el Trabajo Social.	Humanismo Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos
	La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal incorpora a Trabajadores Sociales para atender principalmente a víctimas de los delitos (menores, ancianos, enfermos mentales) abandonados o maltratados.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
1967	La Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos contempla la atención médico social de los trabajadores por lo que incorpora en sus clínicas de Satélite, Hospital Central de Concentración Nacional Norte y en algunas zonas petroleras como Salamanca, Gto., Minatitlán, Ver., Poza Rica, Ver.	Liberalismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos Trabajo Social de Grupos
	En agosto es establecido por Decreto Oficial la creación del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, con el objeto de dar servicio médico, asistencial y jurídico a os menores, ancianos y la familia.	Funcionalismo.	Trabajo social de Casos Trabajo Social de Grupos Desarrollo de la Comunidad
1968	Se modifican los planes de Estudio de la Escuela de Trabajo Social de la Secretaría de Educación Pública, ya que estuvieron vigentes desde 1948.	Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo social de Casos Trabajo Social de Grupos Desarrollo de la Comunidad

1969	Se establecen escuelas de Trabajo Social en León, Gto., Puebla, Pue., Oaxaca, Oax., (a nivel Técnico).	Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo social de Casos Trabajo Social de Grupos Desarrollo de la Comunidad
	La Universidad Nacional Autónoma de México presenta la primera propuesta a nivel nacional para elevar el nivel de estudios de la carrera de Trabajo Social a la Licenciatura.	Funcionalismo Existencialismo Marxismo Pragmatismo	Trabajo social de Casos Trabajo Social de Grupos Desarrollo de la Comunidad
	Son fundadas dos escuelas de Trabajo Social: Distrito Federal y Cuernavaca, Mor., (nivel técnico).	Funcionalismo	Trabajo social de Casos Trabajo Social de Grupos Desarrollo de la Comunidad
Presidente Luis Echeverría Álvarez, 1970-1976.			
1970	El 1º. De enero la ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del D.F., establece la Dirección Consultiva y de servicio Social en la que quedan contempladas las funciones de Trabajo Social.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos.
	El Hospital de Niño del IMAN, hoy Instituto Nacional de Pediatría, fue inaugurado el mes de septiembre, destinado a vigilar la salud física y mental de la niñez mexicana, iniciando inmediatamente el servicio de Trabajo Social.	Humanismo Funcionalismo	Trabajo Social de Casos.
	Fueron establecidas escuelas de Trabajo Social en Toluca, Edo. De México, Morelia, Mich., (a nivel técnico); en Tijuana, Baja Cal., Poza Rica, Ver., y el Distrito Federal (a nivel licenciatura).	Materialismo Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad
1971	El Departamento de Prevención Social de la Secretaría de Gobierno, se convirtió en la actual Dirección General de Servicios Coordinados de Readaptación Social; la Reforma Penitenciaria dio un giro a la acción de Trabajo Social, ya que la ley de Normas Mínimas otorgó una serie de beneficios para los internos y nuevas esferas de investigación.	Funcionalismo	Trabajo Social de Casos,
	Entre 1971 y 1972 se fundan escuelas de Trabajo Social en Durango, Dgo., Tepic, Nay., Guadalajara, Jal. y Salamanca, Gto. (a Nivel Técnico).	Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad
1972	El Instituto Politécnico Nacional establece el proyecto educativo en Ciencias de la Salud, con lo que la SEP establece el Centro interdisciplinario de Ciencias de la Salud, incluyendo la carrera de Lic. en Trabajo Social, empieza a funcionar en 1975.	Materialismo Socialismo	Método dialéctico
1973	En Cd. Mante, San Luis Potosí, y en Cd. Juárez, Chich., se abren escuelas de Trabajo Social a nivel Técnico.	Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad
1974	Se fundan escuelas de Trabajo Social en Mexicali, B.C., Mazatlán, Los Mochis, Sin., Celaya, Gto., y D. F. (a nivel Técnico).	Funcionalismo Pragmatismo	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad
1975-1977	Son abiertas trece escuelas de Trabajo Social en diversos Estados 1977 de la República Mexicana (5 a nivel de Licenciatura).	Pragmatismo Funcionalismo Materialismo	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad
Presidente José López Portillo, 1976-1982.			
1976	Es creada la Dirección de Grupos Marginados, la cual desaparece en 1978 para dar paso a la Dirección General de Educación para Adultos, se incorporan Trabajadores Sociales a los Programas de Alfabetización.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad

1977	El Departamento Jurídico del IMAN cubre esferas más amplias de protección al menor y a la familia, con el apoyo de Trabajo Social.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos.
	A través de acuerdo 962, del 20 de septiembre, el Departamento del Distrito Federal establece la Dirección de Protección Social y Servicio Voluntario, quien coordinaría a los Albergues infantiles, centros de asistencia en la zona metropolitana de la Cd. de México.	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos.
	Se fusionan INPI e IMAN en un solo organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SINADIF).	Funcionalismo.	Trabajo Social de Casos, Grupos y Comunidad

Fuente: Valero, Aída (1994). El trabajo social en México; pág:66

3.2 LA ESCUELA: FUENTE DE CAPITAL CULTURAL DEL TRABAJADOR SOCIAL.

En México desde la época de la Colonia las labores asistenciales y los incipientes nosocomios eran abanderados por órdenes religiosas, que brindaban socorro a los pobres, a los menesterosos y a los enfermos.

Posteriormente, el sistema de seguridad social que germina como una herencia del movimiento de revolución emanado de la constitución de 1917, donde se legislan las garantías individuales y los derechos sociales, plataforma en la cual el Estado crea e integra las instituciones sociales en salud.¹⁴

Con la consolidación del Estado mexicano y el surgimiento de las instituciones públicas de salud era necesario operativizarlas con el personal adecuado principalmente de médicos,¹⁵ enfermeras,¹⁶ que años atrás ya realizaban su labor en los escasos y escuetos hospitales creados durante la colonia de manera

¹⁴ Para Deslauriers (2007) después del movimiento revolucionario y de la separación de la Iglesia del Estado, el nacimiento del nuevo régimen en el que se crean diferentes instituciones sociales; tiene una influencia favorable en el Trabajo Social, el cual es reconocido como profesión.

¹⁵ Cabe señalar que la primera universidad de medicina que se instituye en México es la Real Universidad Pontificia de México en el año 1553.

¹⁶ En el caso de los profesionales en enfermería la primera escuela se funda en el año 1907 y la carrera se impartía en el Hospital general.

desarticulada -entre otras cosas, el sistema de salud se propone integrar y organizar las actividades para perseguir un fin común- para lo que se requería de personal que auxiliaría en la prevención y promoción de la salud.

Las instituciones directamente vinculadas con la educación, la salud y la asistencia social jugaron un rol muy importante en la creación de las primeras escuelas de trabajo social (Deslauriers, 2007:61)

3.2.1 La Primera Escuela de Trabajo Social

Retomando las categorías teóricas antes señaladas y que dan sendero a la investigación se establece en principio a las instituciones de salud como campo, es decir; un espacio social con una red de relaciones objetivas entre posiciones diferenciadas.

Esta distancia está marcada en gran medida por los capitales ya sean heredados o adquiridos que poseen los agentes; tales como el capital económico (Dinero y bienes), el capital social (red de relaciones sociales), el capital cultural (conocimiento, diplomas y grados académicos) y el capital simbólico (emerge de los anteriores, es impalpable y necesariamente reconocido por los otros).

La escuela, es el principal medio para la obtención del capital cultural; generalmente en el tránsito por esta se van configurando una red de relaciones sociales del medio profesional, incrementando así también, el capital social y una vez que se obtiene los diferentes grados se abren posibilidades de acceso al campo laboral para ocupar un puesto del cual se remunera con capital económico.

Así, las instituciones educativas y formadoras juegan un papel preponderante para la obtención del capital cultural y abren la posibilidad de acceder a otros tipos de capitales, como se señaló en el párrafo anterior; a continuación se presentan de manera cronológica la aparición de las primeras escuelas de trabajo social en sus diferentes niveles académicos.

La Dra. Aída Valero (1994) señala que pese a que existieron esfuerzos anteriores por crear la primera escuela de Trabajo Social es hasta el año de 1933,¹⁷ que se funda, se insertó en la denominada Escuela de Enseñanza Doméstica y se agregó “y de Trabajo Social”; apunta que en sus primeros años continuó siendo centro de enseñanza doméstica identificando algún rasgo de Trabajo Social, pero sin justificar su denominación. Se continuó con la misma currícula y únicamente se agregaron algunas materias de investigación social y prácticas de la profesión; las cuales no fueron implementadas por no existir personal docente para impartirlas.

Para Elí Evangelista (1998), la formación académica de la primera escuela de Trabajo Social se orientaba meramente para desempeñar funciones auxiliares.

...asignar funciones microsociales auxiliares, complementarias o subalternas, capacitando técnica y manualmente en las áreas de economía doméstica y de la salud, dejando de lado la posibilidad de incidir técnicamente en los ámbitos macrosociales o comunitarios relacionados íntimamente con las actividades socio educativas. El plan de estudio carecía de materias que aportaran marcos globales de la sociedad, por lo que se formaba profesionales con una visión ahistórica, atomista y fragmentado de la sociedad (Evangelista, 1998:75)

En 1936 egresa la primera generación de trabajadoras sociales de la Escuela de Enseñanza Doméstica y de Trabajo Social, las cuales se incorporaron a las instituciones sociales mediante un decreto¹⁸ presidencial dirigido a la Beneficencia Pública, donde solicitaba considerar a las profesionales recién egresadas.

El Trabajo Social aparece como una labor profesional validada y reconocida al interior de las Instituciones Sociales, desde, el egreso de la primera generación de

¹⁷ La primera escuela de trabajo social surge 380 años después de la primera escuela de medicina y 26 años después de la primera escuela en enfermería.

¹⁸ El 12 de Agosto de 1936, el Presidente de la República el Gral. Lázaro Cárdenas giró un oficio a la Beneficencia Pública en el que señala: “Esta presidencia ha tenido a bien acordar que en las diversas dependencias de esa institución, se procure con todo empeño aprovechar los servicios de las trabajadoras sociales que se titulan en la escuela respectiva”.

la primera Escuela, se abren espacios Institucionales para su incorporación en el ámbito institucional específicamente en instituciones de la salud.

3.2.2 Primer Plan de Estudios de Trabajo Social de la SEP

Valero (1994) señala que en el año de 1937 se crea el Primer Plan de Estudios de Trabajo Social de la Secretaría de Educación Pública (SEP) las alumnas recibían el título de “trabajadora social” expedido por la misma instancia.

El perfil de formación enfatizo en aspectos médicos y jurídicos por considerar que el trabajador social fungiría como un auxiliar del médico y del abogado.

Más tarde en el año 1940 se funda la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México a nivel técnico¹⁹ dependiente de la hoy Facultad de Derecho y a pesar que el plan de estudios incorpora materias de economía, sociología, psicología, derecho, criminología y teoría de trabajo social entre otras, el perfil de egreso seguía siendo de un profesional con un carácter de auxiliar.

La carrera también aquí, tenía una franca orientación para/médica y para/jurídica. La metodología tradicional comprendía casos, grupos y comunidad. (Valero, 1994: 101)

Consecuentemente estas generaciones de egresados continúan incorporándose a laborar en las instituciones sociales en salud sin cuestionar su labor asistencialista y orientación acrítica.

A partir del establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia los gobiernos posteriores a Ávila Camacho forman numerosas instituciones donde el quehacer profesional es

¹⁹ Las carreras técnicas forman profesionales operativos y se requiere de formación de educación básica para cursarla.

reconocido masivamente y se instauran formalmente las oficinas de trabajo social (Evangelista, 1998).

Posteriormente la Escuela de Trabajo Social de la UNAM en el año 1960 reforma el plan de estudios conservando el carácter para-médico y para-jurídico del trabajo social con la finalidad de continuar formando profesionales para operativizar las instituciones sociales de manera acrítica y neutralizante, con una influencia de las corrientes positivista y funcionalista que perfilaban a la profesión a una postura mediatizadora.

Se reforma al anterior plan de estudios, centrándose la reformulación en el aspecto metodológico. Era imprescindible dotar al profesional del trabajo social del instrumental técnico que le permitiera operativizar eficientemente los programas y proyectos sociales de los diferentes gobiernos sin pretender cuestionar su labor asistencialista y su orientación acrítica (Evangelista, 1998:93).

Años más tarde se elabora un nuevo Plan de Estudios que no ofrece modificaciones sustanciales en la formación de los trabajadores sociales (Valero, 1994:102)

Las subsecuentes escuelas para la formación profesional que se crearon a lo largo del país de 1940 a 1965 mantenían el mismo perfil reconociendo al trabajador social como un profesional para-médico y para-jurídico.

3.2.3 Primer Programa de Licenciatura de Trabajo Social

En la década de los años 60's y 70's con la enorme y creciente oleada de cambios que se empiezan a gestar las ciencias sociales donde se plantean transformaciones sustanciales y estructurales cuestionando a la ciencia y su método; surge el movimiento de re-conceptualización que se originó en Chile y paulatinamente se extendió a Latinoamérica; el cual significó un espacio reflexivo donde se postulaba el rompimiento de tradición positivista y empieza a permear un sentimiento transformador del pensamiento marxista.

En este contexto en el año 1969, se aprueba el plan de estudios para licenciatura²⁰ con una perspectiva multidisciplinaria incorporando conocimientos de Economía, Sociología, Psicología y Derecho que buscaban la comprensión holística de los problemas sociales y la intervención se enfoca a los problemas comunitarios.

Al diseñar el Plan de Estudios de Licenciatura de Trabajo Social, se consideró que se daba respuesta a elevar el nivel académico de la carrera, pero no resolvió a fondo la problemática de la formación del trabajador social siguieron siendo los mismos y eran impartidos por trabajadores sociales con un nivel formativos de técnicos (Valero, 1994:112)

Es importante señalar que el movimiento de reconceptualización tuvo un impacto trascendental en el pensamiento y en la formación de las nuevas generaciones de profesionales en Trabajo Social, que permeados de la ideología marxista manifestaron un rechazo eminente de la escuela tradicional, a las prácticas de

²⁰ Conforme al acuerdo número 279 de la secretaría de Educación Pública por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios de tipo superior en su artículo IV menciona los grados académicos de licenciado, maestro, especialista y doctor, según el grado de especialidad.

asistencia y a la metodología de casos; volteando la mirada al sociologismo que valora lo colectivo a expensas de lo individual.

Un hecho importante que no se puede omitir, porque toca directamente a la profesionalización de esta disciplina, se vincula con la aparición de formas ideológicas apoyadas por aportes teóricos y metodológicos derivadas de las teorías de la dependencia, centro-periféricas y el neomarxismo. Este movimiento académico llamado de “reconceptualización”, fue promovido por teóricos de América del Sur e influyó profundamente en el trabajo social durante la década de los setenta. Durante este movimiento y algunos años después, muchas instituciones y profesionales rechazaron la asistencia social y las técnicas del trabajo social institucional. Esto motivo un divorcio entre la formación académica y las prácticas profesionales; situación contradictoria, ya que en las instituciones se continuó realizando un trabajo social asistencialista (Deslauriers, 2007:61)

3.2.4 Primer Programa de Maestría de Trabajo Social

En el año 1975 la Universidad Autónoma de Nuevo León aprueba el primer Programa de Maestría²¹ en Trabajo Social; sin embargo; es hasta el año 1989, que el programa se inscribe en la Dirección General de Profesiones, formalizando el plan de estudios y otorgando validez oficial.

La Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social fue aprobada por el H. Consejo Universitario en su sesión del día 17 de mayo de 1975. Hasta la fecha se han recibido estudiantes mexicanos de diversos estados del país, así como de otros países de América Latina. En 1989 se modificó el Programa de Maestría y se inscribió en la Dirección General de Profesiones, Sección Instituciones Educativas. Posteriormente, en 1992, este programa se incluyó en el Padrón de Excelencia del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Estatus

²¹ El grado de maestro y/o de doctor supone un nivel de especialidad que le permite el ejercicio de docencia y de investigación por lo que su especificidad radica en la profundidad del dominio académico.

que permite a los estudiantes mexicanos obtener becas para realizar este programa (UANL, 2015).

3.2.5 Primer Programa de Doctorado de Trabajo Social

En el caso del doctorado es nuevamente la Universidad Autónoma de Nuevo León en conjunto con la universidad de Texas en Arlington, en el año 1996 la cual suministró la planta académica para la formación de profesionales en investigación, docencia y administración en el campo de las políticas y de los programas de bienestar social, bajo una perspectiva multidisciplinaria.

El Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas comparadas de Bienestar Social fue aprobado por el H. Consejo Universitario el 16 de diciembre de 1996. Este programa de Doctorado, es ofrecido conjuntamente por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Texas en Arlington y cada una de las instituciones otorga un diploma con el grado académico. Es importante mencionar que el 83% de los profesores de tiempo completo del Posgrado pertenecen al Sistema Nacional de Investigación; hasta el momento, este programa de Doctorado en Trabajo Social es el único en México (UANL, 2015).

En resumen, se ha señalado que el Trabajo Social aparece como una labor profesional validada y reconocida al interior de las instituciones de salud, desde, el egreso de la primera generación de la primera Escuela de Enseñanza Doméstica y Trabajo Social en el año 1993 y de las subsecuentes, se abren espacios Institucionales para su incorporación en el ámbito de la salud; durante por lo menos 36 años se agregaron trabajadores sociales con un perfil técnico, por ende; los departamentos, los manuales de procedimientos, las funciones y actividades que se realizaron eran bajo este perfil; por el simple hecho de que no existían otra fuente de adquisición de capital cultural.

Posteriormente y de manera paulatina se logra el alcance de diferentes niveles académicos de la profesión de Trabajo Social en México; se aprueba 36 años después, el primer Programa de Licenciatura; años más tarde se crea el primer Programa de Maestría, que se inscribe en la Dirección General de Profesiones por la Universidad Autónoma de Nuevo León; misma que, más adelante en 1996 consolida también, el primer Programa de Doctorado.

Luego entonces, existe actualmente en México el nivel profesional técnico, licenciatura, maestría y doctorado lo que constituyen una importante fuente para la adquisición de capital cultural -sin dejar de pensar que existen también una heterogeneidad en los programas de estudios que paradójicamente pueden representar una riqueza para la formación o en todo caso; mientras no se llegué a consensos gremiales resulten una confusión en su fundamento, su función y su praxis- Ahora bien, existe las fuentes de capital cultural, pero cuál ha sido la forma de adquisición y la toma de posición de los agentes, de eso nos ocuparemos en el siguiente capítulo como parte de la discusión de los resultados.

Capítulo 4

***El modo de enfocar la mirada teórica
y la discusión de los resultados***

Para llegar a ver y decir un poco del mundo tal cual es, hay que aceptar estar siempre en lo complicado, lo confuso, lo impuro, lo vago; e ir de este modo contra la idea común del rigor intelectual

Bourdieu (1995)

La discusión que a continuación se presenta son los resultados de la aproximación a la realidad vista desde los agentes, se analizan cada una de las categorías aprioristas que se construyeron a lo largo de la investigación a partir de la teoría y del contraste con la realidad social, como se muestra en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	CATEGORÍA	CATEGORÍA EMERGENTE
Capitales heredado	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel académico de los padres - Ocupación de los padres 	
Capital Adquirido	<ul style="list-style-type: none"> - Grado académico de los trabajadores sociales. - Cursos y diplomados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primer referente de la profesión - Aspiración vocacional - Origen de la profesión
Posiciones en el campo	<ul style="list-style-type: none"> - Los médico - Los trabajadores sociales 	
Lucha de posiciones	<ul style="list-style-type: none"> - La incorporación del profesional con nivel de licenciatura - La equivalencia de capitales 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuotas de admisión institucional - Lucha de posiciones para colocarse en el mismo lugar
Jugadores y jugadas dentro del campo	<ul style="list-style-type: none"> - El equipo interdisciplinario - El paciente y la familia - El trabajador social 	
El sentido práctico	<ul style="list-style-type: none"> - La resolución de problemas 	

Del análisis del discurso realizado en el programa de análisis cualitativo de ATLAS.ti los conceptos más recurrentes en las entrevistas a profundidad realizadas fueron: **Trabajo Social**, lo cual no resulta extraño ya que toda la investigación y las preguntas versan en torno a la profesión, **Escuela** y todo lo referente al conocimiento, **Licenciada** y **Técnica** haciendo referencia al nivel académico; **Ayuda y Necesidad** en todas sus acepciones y por último **Médico**.

Evidentemente que existen muchos otros conceptos empleados por los agentes en el discurso; sin embargo los antes presentados son los más usados y que empatan con las categorías que se van a analizar a continuación.

4.1 EL TRABAJADOR SOCIAL Y SUS CAPITALES

A continuación se presenta el análisis de los capitales que manifestaron los trabajadores sociales entrevistados (7 entrevistas) y los que participaron en grupo focal (8 participantes), diferenciando la forma de obtención; por herencia o adquirido, en su carácter necesario para la toma de posición en el campo.

4.1.1 Capitales heredados

4.1.1.1 Nivel académico de los padres

El capital heredado se refiere al que es transmitido por generaciones anteriores específicamente por los padres, demostrado ampliamente en el cálculo aproximativo que realiza Bourdieu (2008) y Passeron (2008) en la obra: *“los herederos”* donde exponen las posibilidades de acceder a la educación superior de acuerdo a la profesión y escolaridad de los padres; es decir, si los padres tienen

instrucción profesional es más probable que sus hijos accedan a la educación superior y viceversa.

En el caso de los agentes entrevistados los padres y madres de los agentes cuentan con primaria y secundaria concluída, solamente en un caso los padres no recibieron ningun tipo de instrucción académica; y de igual forma en un caso los padres cuentan con bachillerato y con carrera técnica.

4.1.1.2 Ocupación de los padres

Para Bourdieu (2008) la ocupación de los padres también representa una forma de capital heredado de los agentes que influye en la posibilidad de acceder a la educación superior.

En lo que respecta a la ocupación del padre tenemos que los padres que se dedican al comercio, son obreros, tienen algún oficio o son empleados de algún privado como chofer; solamente se señala de un caso que es técnico laboratorista, el mismo que cuenta con estudios a nivel técnico.

En el caso de las madres, se dedican al hogar, las que laboran son como obrera, en el comercio y solamente un caso se contrata como técnica en enfermería.

Lo anterior permite visualizar que en lo que concierne al nivel académico y a la ocupación de los padres y madres; los agentes no cuentan con capitales heredados.

4.1.2 Capitales adquiridos

4.1.2.1 Grado académico de los trabajadores sociales

El capital adquirido es el que se logra y se valida a través de instituciones educativas, en donde la escuela no solamente determina las condiciones de

posibilidad de los agentes, sino también es el medio donde se produce el capital cultural.

Los profesionales de Trabajo Social participantes primero se formaron como técnicos y posteriormente con los programas de nivelación profesional obtuvieron el grado de licenciatura, en menor proporción están los profesionales que estudiaron la licenciatura y solamente dos casos continúan con el nivel técnico.

Cabe mencionar que en todos los casos los agentes cuentan con uno o más diplomados de especialización en temas afines a la salud, como Administración en los Servicios de Salud, Tanatología y Desarrollo Humano.

Al no contar con capital heredado, evidentemente el capital cultural con el que cuentan los agentes ha sido adquirido a lo largo de su desarrollo profesional; de acuerdo a perfil de los agentes participantes.

4.2 LA ELECCIÓN DE CARRERA

La elección de carrera según el pensamiento de Bourdieu (2008) no se trata de una elección espontánea y mucho menos arbitraria; sino a la confluencia de elementos internos y externos a los agentes, en los que el origen social, el sexo y la cultura son fundamentales en primer instancia para el acceso de estudios superiores y en segunda instancia para la elección de la profesión.

La desventaja educativa se expresa también en la restricción de elección de los estudiantes que pueden razonablemente estar destinados a una categoría dada. Así, el hecho de que las posibilidades de acceso a la universidad sean parecidas tanto para los varones como para las mujeres no debe de esconder el hecho de que, una vez entrados en la facultad, es muy posible que unos y otros no cursen los mismos estudios. En principio, y sea cual fuese el origen social, sigue siendo más probable que las mujeres se inclinen por la letras y los varones por estudios científicos. En esta tendencia se reconoce la influencia de los modelos tradicionales de división del trabajo (y de los “dones”) entre los sexos (Bourdieu,2008:19).

Para la elección de carrera se analizan dos subcategorías el primer referente de la profesión, sea directo o indirecto y la aspiración vocacional; en algunos casos interviene incluso sus posibilidades de acceso a la educación.

4.2.1 El primer referente de la profesión

Una vecina que teníamos, una amistad de mis papás (ella era trabajadora social, pero no ejerció porque se había casado) me platicaba mucho del Trabajo Social (CPGE01)

*Comencé a estudiar esa carrera porque en la secundaria tenía la clásica amiguita inseparable, y la mamá de esta amiga tenía algún conocido que le **ayudó** a entrar a la escuela de Trabajo Social, entonces, yo fui con ella a estudiar Trabajo Social (LTGE02)*

*El primer contacto que tuve de Trabajo Social lo tuve con mi mamá, ella decía que el Trabajo Social era una carrera muy bonita. Ella tenía una conocida que estudió Trabajo Social... decía que yo era muy sociable, que yo tenía un carácter bonito, que a, mí me gustaba socializar con la gente, que me gustaba **ayudar** mucho a la gente (YASE03)*

Una de mis tías, mete a una de sus hijas al internado para la primaria, la secundaria y en esa escuela también se estudiaba Trabajo Social y era: la primaria, la secundaria y la carrera técnica de Trabajo Social. Mi tía me empieza hablar: vamos a la escuela para que la conozcas. Y, entonces, me llevaba a la escuela y me decía: ¡qué, bonito! (mi mamá y mi tía estaban confabuladas para que yo entrara ahí) y mi mamá me decía: yo quiero que entres ahí... total que me lavaron la cabeza, hago examen y ¡me quedo! (IHRE04)

Los agentes que identifican el primer recuerdo que se tiene en relación a la profesión es a través de una persona cercana, sea familiar, amigo y/o vecino, pero no es

únicamente la cercanía con la persona lo que acompaña esta primera idea del trabajo social; se incluye la concepción de **ayuda** transmitidas por este tercero.

4.2.2 Aspiración vocacional

*Desde niña siempre quise **ayudar** a la gente (CPGE01)*

Yo había salido de la escuela y nunca hubo una pregunta por parte de mis padres: ¿qué vas hacer?, ¿qué vas a estudiar? Entonces, yo me sentía así, como a la deriva. Entonces, cuando una amiga me ofrece que su mamá nos va a meter a la escuela, pues, yo decido. Yo, decidí. Inexperta, sin saber nada de esto, sin antecedentes... nada... bueno los de la escuela porque en la secundaria hay trabajadores sociales, en el Seguro Social hay trabajadoras sociales. Yo sabía que existían. Desconocía con certeza a todo lo que se pudiera dedicar una trabajadora social, más bien todo lo que pudiera hacer; pero creo que fueron cuestiones del destino, yo llegué a estudiar esa carrera. No me acuerdo si me gustaba o no me gustaba, pero iba a la escuela y eso... y como que sentía yo ese compromiso por ir a la escuela, me gustaba ir, no me gustaba faltar, nunca me acuerdo de pensar en desertar; pero, si me queda claro que no era lo que yo deseaba estudiar (LTGE02)

*Lo que me motivó a estudiar Trabajo Social fue **ayudar** a la gente, yo era muy sociable y quería ayudar a las personas necesitadas o a las que te lo piden que las ayudes (IHRE04)*

*En primera instancia lo que quería era **ayudar** a la gente, como que mi sueño era **ayudar** a la gente ¿por qué? Quién sabe. Entonces, yo pensaba que las monjitas **ayudaban** a la gente y yo quería ser monja o misionera; mi familia me convenció de que no, después quería ser enfermera, pero los libros eran muy caros y un día me acordé que la trabajadora social de la escuela de mi secundaria había sido bien padre conmigo, bien buena onda conmigo. Cuando yo estaba en la secundaria había tenido muchos problemas como adolescente con mis papás y la trabajadora social me **ayudó** (YGSE05)*

Estaba entre estudiar derecho y estudiar Trabajo Social... no estudié derecho; porque, yo sí tenía eso de que... si me toca defender a alguien que no; que ha sido malo, que ha sido violador... no yo... no podría hacer eso. Eso, fue lo que no estaba dispuesta hacer. Entonces quedo la otra parte: Trabajo Social (VMME06)

Mi mamá conocía a una trabajadora social en el hospital (JLAGF05)

Para la elección de carrera existen situaciones circunstanciales determinadas por la cuestión económica y de posibilidad que destinan a los agentes a estudiar Trabajo Social y no su primera opción de carrera; sin embargo, aun siendo la profesión de Trabajo Social su primera opción la constante que se presenta en la aspiración vocacional es brindar **ayuda**.

Esta constante que se expresa antes y al momento de la elección de carrera del sentido de **ayuda** al necesitado nos remite consecuentemente al origen profesional.

Otra de las nociones a considerar referente

4.2.3 Origen del Trabajo Social según los agentes

Como se señaló en el capítulo 3, existen dos posturas dicotómicas que explican el origen del trabajo social, algunos autores plantean su génesis en la desigualdad social que genera el sistema capitalista, y algunos otros consideran que el origen profesional data de las formas de ayuda y de la caridad; al parecer lo aceptado por los agentes que participaron en la investigación tanto en el grupo focal como en las entrevistas a profundidad es la segunda postura, dado que la primera postura ni siquiera es identificada, existiendo una constante de los conceptos de **ayuda, necesidad y asistencia** en el discurso.

*Yo creo que parte de una **necesidad** (YASE03)*

*La carrera surge con esta filosofía de **ayuda al necesitado**, con esta parte de **ayudar al que lo necesita**. Y nace de la caridad: “del amor al prójimo” Todos sabemos que tiene sus orígenes desde, Vicente de Paul con esta filosofía para **ayudar a los pobres** (MMCGF04)*

*Por la **necesidad** del pobre (BIMGF01)*

*Por la **asistencia**, las **formas de ayuda** que inicia las órdenes religiosas de la iglesia, también participaban las damas voluntarias; en fin de la caridad (LTME07)*

*Fue como una institución de **asistencia social** (RHLGF02)*

*Es una carrera que surge para **ayudar al necesitado**, primero por “amor a Dios” después “por amor al hombre” mucho tiempo después se profesionaliza, pero su origen está en la **asistencia social** (JPGGF06)*

*Yo recuerdo que (bueno a mí como me lo comentaban) era una institución de **asistencia social** que era para **apoyar** a la gente pobre (MMCGF04)*

Deslauriers (2007) plantea que existe una importante heterogeneidad en los programas de estudios de la profesión en trabajo social, sin embargo; en la mayoría de las instituciones educativas se otorga una gran importancia a los temas vinculados con la historia de trabajo social, su origen y epistemología.

Para Covarrubias (2002) en el estudio comparativo que realiza de las materias teórico-prácticas en escuelas y facultades de Trabajo Social señala que dentro del cuerpo de conocimientos que debe de observar la formación en Trabajo Social está la historia de la profesión, donde cita a Torres (1987) y Johnson (1992) quien afirma:

La historia nos permite explicar la práctica profesional actual, su origen y el desarrollo del trabajo social (Torres, 1987:29)

La historia advierte el desarrollo de los conocimientos, pasando de una práctica precientífica, orientada a la resolución de necesidades a través de la ayuda filantrópica, a un proceso que hace uso de conocimientos sistematizados y organizados para ofrecer un servicio con sustento teórico (Johnson, 1992:18).

Evidentemente que para la formación de trabajo social es indispensable la enseñanza de la historia profesional, su origen y desarrollo; lo que inquieta es que a pesar de que existen por lo menos dos corrientes dicotómicas según Montaña (2000) que explican su génesis, los agentes identifican solamente la que postula que el origen profesional surge de las formas de ayuda caritativas; por ende se abren dos vertientes, una es pensar que dentro de las cátedras de historia y epistemología no se incluye la discusión de ambas corrientes, o simplemente; si se incluye no es representativa para los agentes, ni se incorpora a su esquema de pensamiento; luego entonces, lo que queda sellado por el primer referente de la profesión, por la aspiración profesional y el origen de trabajo social son básicamente las nociones de **asistencia**, **ayuda** y **necesidad**.

Otro de los aspectos que no se pueden dejar de mencionar y que nos remiten al análisis de la siguiente categoría, es el carácter auxiliar que se atribuyó y con el que se definió en sus inicios al profesional de Trabajo Social.

4.3 LAS POSICIONES DENTRO EL CAMPO

4.3.1 La posición de los médicos

Al interior de las instituciones de salud se encuentra el equipo de salud conformado por médicos, enfermeras, laboratoristas, radiólogos y trabajadores sociales, además está el personal administrativo y personal de mantenimiento.

Desde la perspectiva de los agentes las posiciones que tienen claramente identificadas jerárquicamente y socialmente aceptadas son las siguientes:

*Definitivamente el **lugar principal la tienen los médicos**. Creo que tenemos una importante labor social en el hospital, pero más como gestores, que profesionales que pueden **apoyar** en otros sentidos a la familia. Creo, que todo mundo nos ubica más como un gestor (si necesito algo Trabajo Social me lo consigue). Pero,*

“difícilmente, piensan”: ah, esta familia tiene estos problemas, a ver vayan con trabajo social, coméntenle... no sé... como que difícilmente lo pueden identificar, así. Mejor lo mandan con el psicólogo (LTGE02)

En primer lugar siempre está el doctor ((YASE03)

Hemos dejado de ser una profesión sustantiva en el equipo de salud... en donde ya la opinión del Trabajador Social, su aportación ya no es tan valiosa y por eso se puede prescindir de él (IHRE04)

*Hay jerarquías en el equipo de salud, generalmente **el jefe de servicio es el médico después de él están los médicos adscritos**, después de los médicos adscritos, están los **médicos residentes**, después los **médicos internos**, después está enfermería y paralelo a ellas estamos nosotros: Trabajo Social; después están las secretarías (YGSE05)*

*Las posiciones son jerárquicas, son lineales, (cuando yo entré) son así, desde, el médico que tenía que estar aquí, **el director es médico** y dado estás jerarquías de los profesionistas; después de ellos están los todos los demás profesionales (VMME06)*

Las posiciones dentro del campo están claramente diferenciadas; se perciben de manera lineal y jerárquica, determinadas por la profesión y el puesto. Claramente se coloca en la cima al médico lo cual es esperable debido, a que es el profesional que cuenta con mayor capital cultural y capital simbólico. No se puede dejar de mencionar que el prestigio médico se debe en gran medida a la intervención directa con el cuerpo humano, son históricamente sanadores, pero sobretodo son históricamente desde el punto de vista simbólico los salvadores de vidas: la recuperación de la salud y la prolongación de la vida son de los bienes más preciados de la humanidad.

Por debajo de los médicos y de forma subordinada están el resto de profesionales incluidos los trabajadores sociales que aportan desde su disciplina los elementos necesarios para la atención de los pacientes y sus familias; el funcionamiento del

resto de departamentos en el que se incluyen estos profesionales es más o menos independiente, en el sentido que se rigen por sus propios manuales de procedimientos; sin embargo, todas sus actividades están apuntaladas a las disposiciones médicas.

4.3.2 La toma de posición del trabajador social

En el capítulo 3 se señaló, según Evangelista (1998) que el Trabajo Social aparece en México reconocido dentro de las instituciones sociales, específicamente en Salubridad y la Beneficencia Pública; desde que egresa la primera generación de la Escuela de Trabajo Social, el entonces Presidente de la República emite una recomendación para que se integraran estos profesionales a dichas instituciones.

Las primeras plazas que se ocuparon en las instituciones de salud fueron por trabajadoras sociales técnicas con el perfil según Valero (1999) para-médico y para-jurídico que consistía en realizar labores auxiliares de la medicina con un carácter asistencial.

La posición que toma el Trabajo Social en las instituciones de salud es el de subordinación de la práctica médica, sin dejar de señalar que en ese momento el capital cultural con el que contaba el trabajo social era limitado, ya que la única formación que existía era la formación técnica; con esta cosmovisión se crea el departamento de Trabajo Social; así también se crearon los manuales y guías de procedimientos en donde se determinan las funciones y actividades del trabajador social, con un enfoque microsocial y asistencialista.

La génesis social del trabajo social en instituciones de salud, se identifica por la incorporación de profesionales técnicos que por el simple hecho de ser los únicos y los primeros, fueron los creadores y fundadores del departamento, diseñaron los primeros manuales de procedimientos donde se determinaron las funciones y actividades de Trabajo Social, marcadas y permeadas por lo que Valero (1999) señalaría como un trabajo social acrítico.

El departamento de trabajo social empieza su funcionamiento desde esta posición y con este perfil, lo importante de señalar en este hecho es; que no solamente se establecieron los criterios formales para la operatividad, sino que a partir de estas condiciones se determina también la praxis profesional que se produce y que se reproduce generando la estructura como esquema de pensamiento que es inculcado y aceptado por los agentes.

Esta posición dentro del campo se mantuvo intacta en por lo menos tres décadas, hasta que en los años 60's el movimiento de reconceptualización rompe, por lo menos en el discurso, con las técnicas tradicionales del Trabajo Social y busca la creación y consolidación de un Trabajo Social científico con fundamentos teóricos y metodológicos; sin embargo, el movimiento permeó a la academia, pero al interior de las instituciones las prácticas profesionales continuaron con el mismo carácter asistencial. Deslauriers (2007).

Lo que sí es un hecho, que parte de la herencia del movimiento de reconceptualización se expresó en capital cultural para la profesión; puesto que a partir de este cambio en la ideología se crea el primer programa de licenciatura de Trabajo Social en México, donde la formación profesional se redirecciona a la concientización y transformación social.

4.4 LUCHA DE POSICIONES

4.4.1 La incorporación de profesionales con licenciatura al campo

Las primeras generaciones de egresados de los programas de licenciatura, se enfrentan al campo laboral y se empiezan a incorporar a las instituciones de salud; esta inclusión no se dio de forma masiva como en el caso de las primeras generaciones egresadas de las escuelas de formación técnica; la integración fue paulatina y disgregada.

Con la llegada de los profesionales licenciados a las instituciones de salud se genera lo que Bourdieu (2002) conceptualiza como la lucha de posiciones que tiene que ver con el interés de colocarse, posicionarse y mantenerse dentro del campo, en la que el capital que se posee es de suma importancia en la toma de posición, se involucra además la noción de “competencia” de Chomsky, que se refiere a la noción “habilidad” y recurriendo nuevamente a la paradoja del juego se sintetiza en el interés y la habilidad para jugar.

*En 1985 entre el hospital (hace treinta años) donde yo recuerdo que empezaron a llegar compañeras a nivel licenciatura fue hasta hace veinte años, pero fue algo así, muy marcado en el departamento porque la entonces jefe de Trabajo Social era licenciada y egresada de la UNAM. Entonces ella, **marcó una diferencia muy importante entre el personal técnico y el personal a nivel licenciatura** (incluso) ella lo externaba: las que sabían eran las licenciadas, las que estaban bien preparadas eran las licenciadas. Tuvo la osadía de hacer reuniones con el entonces equipo de trabajo, pero por separado hacía reuniones con las técnicas y reuniones con las licenciadas. Y ella marco mucho la diferencia lo cual hizo que nosotras siempre a partir de ese momento viviéramos enfrentándonos y criticándonos; porque por ejemplo: yo soy técnica y como técnica trabajo mejor que fulanita y sultanita... Y la licenciada se ha jactado por muchos años de ser licenciada; pero, tampoco ha habido una diferencia en el trabajo. Si hay una mayor preparación, pero en cuestión de calidad no se ha notado. Entonces, pues, eso creo que generó mucha división en el departamento... eh, eh, con todo respeto creo que fue un cambio para mal, porque se empezaron como que a revelar, pero, solo por ser licenciadas. Nunca se han distinguido por ser mejores o por hacer algo diferente a lo que se hacía. Una vez que entran en el departamento como que esa diferencia en cuanto a estudios se va diluyendo y después ya no es notoria, solo, porque hay un papel; pero, en cuestión de calidad, de trabajo, de iniciativa, de hacer algo nuevo, de implementar, de... no, no lo ha habido. Entonces, sí, ha sido algo trascendental (LTGE03)*

Cuando llega en el 97 el primer bloque de licenciadas son muy bien acogidas por la jefatura, porque venían con iniciativa, con mucho entusiasmo de trabajo (como nuevas) y la jefatura las acoge con la mentalidad de que el departamento va a crecer (la jefe que estaba en ese momento era muy comprometida con la profesión al igual

que una supervisora que fungía como subjefe) nosotras las supervisoras igual. **Para esto llegan las licenciadas y la jefa (tenía poca aceptación, en general por el departamento) no era bien aceptada y entonces; se da una crisis, el grupo de organiza para buscar su destitución con el apoyo de sindicato. Para eso van entrando el bloque de licenciadas con esta fractura y se abren oportunidades para la supervisión, porque las que estaban se van jubilando y las trabajadoras de base no aceptan la supervisión y la jefa acepta y pone a una chica de estas que van llegando como de manera temporal y llegan dos licenciadas de fuera a la supervisión y con esta otra chica que ya estaba y, yo. Ya éramos las cuatro supervisoras que en ese tiempo estaban. Destituyen a la jefa y a la supervisora que no tenía base también, a las dos que venían de fuera las presionan hasta que se van; y yo no, a pesar de ese hostigamiento y esa presión para que yo renunciara a mi plaza y a la supervisión. Y, esas primeras licenciadas que habían llegado se van. Hasta en el 2000 que llega un grupo numeroso de licenciadas y digamos que de ahí, es donde empieza este querer ganar más reconocimiento por tener la licenciatura que las técnicas, a pesar de estar en el mismo plano en cuanto a la misma categoría, salario, estábamos igual. Sin embargo, ellas pugnaban por tener más reconocimiento por tener la licenciatura. Se les vocea y piden que se les vocee como licenciadas, y una serie de situaciones, que se dan a nivel de gremio, no. **En creer menos a las trabajadoras sociales técnicas** y sobre todo en la relación con el equipo médico, de salud y psicólogo; en este plano evadir actividades que pretendían o decían que no les correspondían: búsqueda de pacientes, gestión para estudios de pacientes, visita por fuera a los pacientes (porque anteriormente hacíamos eso) y... empezaron así: esto no me toca porque soy licenciada. Y empieza como este ambiente y se pierde el estatus que teníamos Trabajo Social en el equipo de salud. Porque era de: eso no me toca, eso yo no hago, no voy a la visita médica, que el médico en general me venga a buscar porque somos iguales. Empieza a perder Trabajo Social porque lo hacen a un lado: antes exigían que estuviera Trabajo Social en la visita y ahora si está o no está da lo mismo (IHRE04)**

A continuación se rescata la experiencia y perspectiva de una trabajadora social que se incorpora a una institución de salud; convirtiéndose en la primera Licenciada que logró permanecer en el puesto:

He sido, de ese entonces para acá la que se quedó, porque te decía que antes de que yo llegara hubo varias licenciadas en Trabajo Social. Entonces, no era tan factible que se quedarán, yo me pude quedar con altas y bajas.

*Fue muy fuerte, eh, muy fuerte porque... afortunadamente mis compañeras tranquilas todas con la mejor disposición, pero conforme va pasando el tiempo y ven tus capacidades y así como que ¡ay! ¡Qué está pasando! Entonces, no fue fácil para mí, yo tuve que ir abriendo un camino; hubo momentos en los que casi, casi me despedían. Me invitaban a continuar, pues, yo iba a titularme yo entré en el '92 creo que en el '91 termine mientras hice, creo que en el '93 me titulé y me decía: **pues, si no estás a gusto te invito a que busques otra opción para que te puedas desarrollar como Licenciada.** ¡Ah Madre mía! Sí, fíjate que sí. Qué bueno que fue anónima (la entrevista) eh porque quien la lea... Si, si, no te creas, si tengo que decirlo: **vives con mucho miedo, con mucha angustia de que puedas equivocarte sabiendo que tienes las herramientas, las habilidades, la destreza de poder hacer tu trabajo.***

La cuestión personal más que nada es de tu desarrollo personal, o sea una gente que busca, anda arriba, abajo, vamos, venimos; yo preguntaba, yo no me quedaba con dudas, yo lo que no sabía lo investigaba. Algo que me decían en casa: cuando no sepas tú investiga, preguntas y vas a llegar, preguntando se llega a Roma; entonces, es algo que siempre escuché de niña. Tengo a mi abuela materna que afortunadamente todavía vive.

***Yo creo que ellas (trabajadoras sociales con nivel profesional técnico) sentían esta amenaza;** porque en algún momento me invitaron asistir a una junta, de jefes. El director médico. No por el que ingresé, entonces imagínate va la jefa, la supervisora, bueno... la exjefa, la supervisora que está en este momento y va la operativa, sí la operativa... Va una persona operativa de Trabajo Social ¡imagínate! a una "junta de jefes"; no cayó bien, entonces sintieron la amenaza (CPGE01)*

Es innegable que al incorporarse los licenciados a las instituciones de salud llegaron con una ventaja competitiva que les daba el capital cultural, pero se enfrentan a la estructura institucional que fue creada y validada por la cosmovisión del trabajo

social técnico; el argumento que se da en los relatos anteriores, tiene que ver con la experiencia (que se utiliza como habilidad en el juego) que poseían las trabajadoras sociales a nivel técnico en las instituciones y que lógicamente las trabajadoras sociales que estaban laborando en las instituciones sabían a la perfección los procedimientos de intervención instituidos y transmitidos por ellas mismas.

4.4.1.1 Las cuotas de admisión

Es importante señalar que en las instituciones de salud el personal de nuevo ingreso indistintamente del grado académico tiene que pagar una “cuota de admisión” esto es, cuando llegan a laborar a las instituciones, llegan con contratos temporales o cubriendo interinatos, después de cierto tiempo pueden lograr un contrato de base, pero mientras no se tenga, el personal es sometido una serie de requerimientos intransigentes y arbitrarios como jornadas exhaustivas de trabajo, así como realizar actividades que nadie más quiere hacer, etc.

Eres la nueva, yo sabía que ya habían entrado a ese hospital; entonces, me dejaban solo y a mí me tocaba atender; pues, yo sentía el compromiso de no irme hasta que lo terminara y eso, se me hacía injusto y al mismo tiempo tenía que hacerlo; y al mismo tiempo me decían: tú, para que te quedaste hacerlo. (Ahí también fue cuando sentí un desamparo). Esto, fue como lo más fuerte (YGSE04)

La nueva es pues, la de la talacha: que si hay que hacer guardias pues, con la pena eres la nueva y pues, te toca; a veces no entiendes la lógica de las guardias, cómo las distribuyen, ni porque las distribuyen así, y como alguien las distribuye y eres la nueva pues, te toca y no puedes respingar y si respingas, te echan pa' fuera. Entonces, así son las reglas, las políticas internas no escritas. Ellas tienen su lógica, que yo no alcanzo a comprender y que las nuevas tampoco alcanzan a comprender; hasta que se hacen viejas y las aplican exactamente igual. (LTME07)

La lucha de posición se da para escalar y lograr un mejor posicionamiento en el campo; sin embargo, con la división interna entre trabajadores sociales por el criterio que estableció el grado académico; no se consigue escalonar y se instituye como mecanismo la “cuota de admisión” al que es sometido el personal de nuevo ingreso y que al terminar (la forma objetiva en que se expresa el término de este pago de cuota es la obtención del contrato de base) se encuentra listo para replicar el sometimiento al nuevo que llega, dándole un carácter de estrategia de reproducción.

*Fíjate que **tenemos (licenciadas) las herramientas, la metodología... pero ellas (trabajadoras sociales con nivel técnico) la experiencia** y creo que eso no lo deberíamos estar peleando con las técnicas, no la debemos de perder porque de algo surgimos. Ellas, empezaron la carrera técnica, entonces, digo el proceso que hubo no llegamos nosotras las licenciadas de la nada, hay una historia, hay que reconocerla; hay que conocerla y reconocerla y mirar adelante no, porque somos parte de... como si fuéramos o hubiésemos sido gestionadas (si el gestar) ellas empezaron en... me parece que en los '50 algo así, sino, en la escuela de derecho, entonces tenemos que reconocer que de ahí salimos. Creo que no hay mucha diferencia entre la metodología, en cuanto a las herramientas que utilizamos, **de todas formas hacemos o mismo** (CPGE01)*

La división entre trabajadoras sociales, a falta de otorgamiento del capital simbólico entre pares y el pago de cuotas de admisión funcionan como estrategias de reproducción que los agentes utilizan para garantizar su perpetuidad y que son algunos de los elementos que mantienen la posición en el campo y se reproduzcan las mismas situaciones independientemente de los agentes.

4.4.2 La equivalencia de capitales

Según Valero (1995) la profesionalización se puede precisar por un lado por con la publicación de Mary Richmond de su obra “Casework” cuando se empieza a sistematizar y

organizar las labores asistenciales y en México con la aparición de la primera escuela²²; posteriormente se tecnifica con la creación de Escuela Nacional de Trabajo Social En la Universidad Nacional Autónoma de México como anexo de la Facultad de Derecho²³; donde la formación profesional tenía un perfil para-médico y para jurídico.

Sin embargo, para los agentes cuando se cuestionó sobre la profesionalización el señalamiento tiene que ver con programas de promoción de puesto o como sinónimo de nivelación.

Es estar en constante capacitación, en constante recibir conocimiento, refrescando lo que ya traemos que es la base y que tú puedas dar esta atención al usuario; con más calidad, más calidez, con más conocimiento de causa para poder ampliar el horizonte también del otro (CPGE01)

Las necesidades de la misma carrera, yo considero que han hecho que nuestra carrera de ser comercial pasara a técnica y, ya tenemos la oportunidad de que haya una licenciatura en nuestra formación porque las mismas necesidades de la sociedad: la salud, la política, etc., han hecho que nosotros tengamos la necesidad de formalizar la carrera, un poquito más profundo, más ético, profesional (YASE03)

*Muchas personas estaban en desacuerdo con la profesionalización, pero solo las personas que trabajaron en ese momento al lado de ella: ¡adelante, no! En ese momento había licenciadas que obviamente habían cursado sus tantos años de preparación, pero no tenían el mismo objetivo de ayudar a la gente. Entonces, parte de ahí. Porque tú podrás tener tus tantos años de preparación en una licenciatura, pero: ¡no sirves para servir! o sea, ¡no, no... sirves para vivir! Entonces, **yo tuve la oportunidad y aquí en el hospital vi a varias personas que se nivelaron: ¡híjole! Mejor te hubieras quedado así. Todo depende del punto de vista, es muy subjetivo (LTME07)***

En el año de 1994 se implementa en México los programas de nivelación profesional, con el propósito de profesionalizar el ejercicio profesional del trabajo

²² 1933, Escuela de enseñanza doméstica y trabajo social

²³ 1940, primera escuela de trabajo social a nivel técnico

social a nivel técnico, se crean diferentes programas que buscaban dotar de herramientas teórico metodológicas y ofrecían dar el grado académico de licenciatura. Pero es hasta que la Secretaría de Hacienda crea el programa de profesionalización y otorga al grado de licenciatura una categoría más elevada y paralelamente se daba un incremento en el sueldo; entonces se despertó el interés para estudiar y obtener el grado de licenciatura, lo que incrementaba el capital cultural de las trabajadoras sociales en las instituciones de salud.

Yo decidí nivelarme, porque de verdad había una gente que nos motivaba, nos impulsaba y... en el inicio (tengo que ser honesta) lo que me impulsó hacer la nivelación fue el interés de ganar más dinero porque había una diferencia. Una vez que entre, la verdad es que se me hizo algo muy padre, me agradó; creo, que tuvo mucho que ver la jefe que tuve; nos motivó y que nos ayudó a hacer esa licenciatura, sí, lo tengo que decir: yo siempre decía que si tenía que estudiar una licenciatura no iba a ser en Trabajo Social, no le hallaba sentido, tal vez, por esa no diferencia en funciones, no había nada que hiciera la diferencia más que el papel; entonces, nunca sentí ese interés por hacer una licenciatura en Trabajo Social hasta en ese momento que se dio la profesionalización y que el interés de ganar más dinero me movió (LTGE02)

*En el 2009. Yo creo que ya me iba a ir. Pero, cuando decido ya no jubilarme estaban las mismas categorías, **todavía no por ser licenciada ganabas más o por ser técnica ganabas menos.** Entonces, decido seguir estudiando la licenciatura porque iba a seguir aquí. Y a mí me podía mucho no estudiar una licenciatura (IHRE04)*

Resulta que yo prometí que nunca iba a estudiar la licenciatura en Trabajo Social, porque nos pagaban lo mismo, hacíamos lo mismo, eh... todo era como lo mismo; entonces, yo dije: si hago una licenciatura la voy hacer en psicología, en sociología o en pedagogía que era como algo que me gustaba. Pero, resulta que empezó el programa de profesionalización en el Instituto entonces, yo pensé que les iban a pagar más a las licenciadas o algo así. De repente en una quincena me entero que ya metieron papeles, que ya les pagaban más y todo. La única opción que yo tenía para hacer todo rápido era seguir con la profesionalización en Trabajo Social (YGSE05)

Es claro que el interés por la nivelación de los agentes tiene que ver por un lado, con el interés por aumentar el capital cultural, aunque no necesariamente existía el interés por estudiar la licenciatura en Trabajo Social, sino más bien en cualquier otra profesión, pero por cuestiones prácticas se opta por la nivelación; por otro lado se expresa insistentemente el interés supremo de aumentar el capital económico.

Evidentemente se da un aumento en el capital cultural y en capital económico de los agentes, pero lo que se obtiene es el capital simbólico que desde el pensamiento bourdiano es impalpable y necesariamente debe de ser reconocido por lo demás y que se expresa en reconocimiento, fama, prestigio, etc.

Obviamente no es lo mismo estudiar una carrera en cinco años que nivelarte en dos años. Entonces, lo tengo clarísimo que no es lo mismo, pero lo conseguimos y, ya (AJPGF08)

No es lo mismo nivelarte porque desde mi punto de vista vas cinco años, tomas clases, lees todos los libros que tienes que leer, analizas lo que estás leyendo, analizas lo que estás haciendo, te das la oportunidad de trabajar lo que estás leyendo y vives todas las prácticas que tienes que vivir en la historia de la licenciatura; entonces, cosa que no pasa con la nivelación. Con la nivelación: sintetizas, haces tus trabajos, tienes tiempo muy limitado, no duermes pero lo entregas a tiempo y, ya. Pero, te falta toda esa parte de la vivencia, toda esta parte de práctica de ver si es cierto todo lo que escribiste en tu trabajo es o no es, aplica o no aplica, ¿no? Entonces no es lo mismo. Sí, tengo el papel; sí, tengo mi título; sí, conseguí la profesionalización, pero por supuesto que tengo clarísimo que no es lo mismo. A las dos nos dicen licenciadas porque los títulos dicen: “licenciada” sin embargo yo creo que soy licenciada porque lo estudie así, sin embargo siento que faltó toda esta parte que a lo mejor yo no la viví en la escuela como las licenciadas (YGSE05)

Con los programas de nivelación definitivamente se consigue el grado de licenciado, lo que no se consigue es el reconocimiento del equipo por lo que se continúa con la

confrontación y la división al interior del Departamento de Trabajo Social. Otro aspecto importante de señalar es que ahora las trabajadoras sociales que se nivelaron y que obtuvieron el grado de licenciatura, igual continuaron realizando las mismas funciones y actividades de antaño.

4.4.2.1 La lucha de posición para colocarse en el mismo lugar

Al final de la lucha de posición entre los agentes el impacto a nivel de praxis profesional no se ve reflejado, porque finalmente independientemente del grado académico se terminó por realizar las mismas actividades y funciones que se venían realizando desde la génesis social.

Realizan las mismas funciones, tienen el mismo sueldo, solo por ser licenciadas, nunca se han distinguido por ser mejores o por hacer algo diferente a lo que se hacía (LTGE02)

Yo, lo veo igual. Hacíamos las mismas funciones, las mismas cosas, las mismas actividades y teníamos el mismo sueldo (IHRE04)

Hacemos exactamente lo mismo, las mismas actividades y las mismas funciones, si propones hacer algo nuevo o diferente simplemente es rechazado y ya (LTME07)

Hacemos las mismas funciones (VMM06)

Luego entonces, esta pugna no ha tenido una repercusión sustancial en el quehacer cotidiano, ni en la práctica profesional; la lucha representó un posicionamiento en términos de lo simbólico y en la necesidad de reconocimiento; dado que en la lucha de posición no era necesariamente por un lugar, sino más bien por el reconocimiento al trabajo que se realiza y que finalmente se continuó realizando las mismas funciones.

Es importante resaltar que esta posición no es únicamente una percepción de los agentes, sino también una realidad formal y estructural en el sentido que de acuerdo al catálogo de puesto aprobados por la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Administración y Finanzas, Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección General Adjunta de Administración, Operación y Control de Servicios Personales, la Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales, así como el Departamento de Perfiles, Puestos y Salarios; no existe ninguna diferencia entre las funciones realizadas por el profesional técnico de trabajo social y el que tiene grado de licenciatura, la diferencia que existe entre una y otra categoría es el salario.

4.4.2.2 Perfil del trabajo social en el ámbito institucional

Las funciones que se realizan en las instituciones públicas de salud están descritas en los profesiogramas de acuerdo al puesto que ocupan, los puestos de manera general están categorizados de acuerdo al nivel académico y al grado de especialidad, cabe señalar, que el profesiograma señala las funciones y no así las actividades, en el entendido que las actividades se incluyen en las funciones.

El propósito fundamental del proceso de organizar es crear una estructura estable, con jerarquías y puestos de trabajo, con autoridad y responsabilidad, que defina las causas de la comunicación formal y la competencia de cada puesto (Hernández, 2002:56).

Las funciones revelan las responsabilidades que se asignan a los puestos de trabajo, las actividades son las acciones que desarrollan los empleados como parte de sus funciones (Franklin, 2003:121).

De manera general se entiende que las actividades (acciones) son las tareas que se deben de realizar para cumplir con las funciones (responsabilidades) asignadas según el puesto; sin embargo, para los agentes pareciera no estar clara esta

diferenciación por lo que existe una confusión entre funciones y actividades, según lo expresan.

*Lo que hacemos ahora son funciones que hemos hecho toda la vida, pero, claro ahora ya nos conocen más acerca de lo que podemos y somos capaces no solamente desde el escritorio, sino desde esa cuestión más proactiva...**investigación, gestoría, asistencial** que es algo de lo que hacemos aquí...Las actividades que realizamos son las mismas (CPGE01)*

*Básicamente el personal operativo nos encargamos de **la atención al usuario, a los pacientes de ingreso y de reingreso, la entrevista de casos, la gestión de apoyos para los pacientes, las coordinaciones (esto se hacía antes) las localizaciones para pacientes de casos especiales, participaba uno en las sesiones con los médicos**, se hacían sesiones con el equipo médico para decidir cuando un paciente se iba a trasplantar el trabajo de Trabajo Social era ir a conocer la casa del paciente para saber si ese paciente realmente era candidato para ser trasplantado (LTGE02)*

*Las funciones en la supervisión nosotros (aunque no hay un procedimiento unificado para la supervisión) pues, **como que cada quien ha ido adoptando el que considera que debe ser**, no. Supervisamos los estudios socioeconómicos, revisamos la clasificación socioeconómica que se le asigna al familiar sea la correcta, supervisamos las notas de seguimiento que se le da a cada caso, hacemos intervenciones (LTGE02)*

***Nuestras actividades, nuestras funciones van más a la gestión.** Gestionamos redes de apoyo primario (yo que estuve en una corta estancia en gineco-obstetricia, urgencias y hemodinamia) fomentar las redes sociales, las redes de apoyo, educación para la salud, educación reproductiva; es parte de nuestra función y de todo el equipo de trabajo; no solamente de Trabajo Social, sino de todo el equipo de salud (YASE03)*

*Lo primero como operativa las funciones sustantivas: **la valoración, la evaluación de las familias a través del estudio social, del estudio socioeconómico** (ahora le llamamos estudio social) donde no solo veíamos **los que podían pagar y asignar un nivel**; sino, lo veíamos como el estudio social para analizar la situación de las*

familias enfocado a la dinámica, a la problemática de la familia del paciente, como identificar esos problemas que están involucrados con la enfermedad del paciente o, que van a impedir que la salud se recupere, que van a obstaculizar que se recupere... Las actividades, no estoy segura de la diferencia; el personal acude a la visita médica con el médico para saber cuál es la situación de este pacientito, que diagnóstico ésta presentando, qué implicaciones sociales puede tener ese diagnóstico o más bien cómo las condiciones sociales pudieron haber influido para que se diera ese diagnóstico. El pase de la visita médica. Las sesiones con los médicos para el estudio de los casos, las evaluaciones sociales que se hacen para los pacientes que van a trasplante... no se están haciendo como deberían de hacerse (IHRE04)

*Las funciones de la supervisión: esta parte **de educación por decirle de alguna forma, el promover el desarrollo, el crecimiento del Trabajador Social** no solamente profesional, personal, sino, digo... en el ámbito escolar, de su trabajo profesional. Este análisis de casos es realmente hacer un estudio social y conocer realmente a la familia del paciente que si el médico te pregunta (IHRE04)*

*Las funciones... es... **Trabajar con la familia, gestionar recursos para las necesidades que tiene el paciente**, este... pues... bueno a través de hacer coordinaciones, de las visitas que se tiene que hacer, de una manera resumida te pudiera decir: las satisfacciones de los pacientes... Las actividades que tengo que realizar: llamadas telefónicas, las funciones administrativas, las coordinaciones que se tengan que hacer dentro y fuera del hospital (Y5GSE05)*

*Las funciones que hacemos son **investigación, orientación, coordinación**, eh,... pues, principalmente; las gestiones que son muy importantes para los trasplantes, conseguir apoyos para los medicamentos... a veces confundimos las funciones con las actividades (LTME07)*

Se describen indistintamente funciones, actividades e incluso instrumentos; observando una recurrencia en la gestión y asistencia. En general, no se distingue con claridad la diferencia entre funciones y actividades lo que por ende genera una confusión y parcialización en la praxis profesional.

4.5 JUGADORES Y JUGADAS DENTRO DEL CAMPO

En el espacio simbólico que representa el sistema de salud, existen sin lugar a dudas una enorme cantidad de agentes que están en constante interacción, pero para fines metodológicos recortaremos esta interacción con tres agentes, primero se presenta como se percibe la relación del trabajador social con el equipo interdisciplinario de salud, secundando la relación del trabajador social con el paciente y su familia y finalmente la relación del trabajador social con otro trabajador social.

4.5.1 El trabajador social con el equipo interdisciplinario

El trabajador social forma parte del equipo interdisciplinario de salud y su especificidad profesional de manera general es contrarrestar los efectos adversos del proceso salud-enfermedad en el ámbito de lo social; para lograr su finalidad es indispensable coordinar un trabajo interdisciplinario que integre las diferentes perspectivas profesionales que se encaminan al mismo fin que es la recuperación y/o atención de la salud, sin embargo; lo que interesa señalar es cómo es y cómo se percibe esta relación con el equipo de salud.

*Creo que **debes estar en esa sincronía para poder hacer esta parte de la coordinación, de la investigación, de la gestión, de la asistencia. Es vital para con los médicos;** Claro, con ellos es más la coordinación, la gestión el trabajo más desde nuestra mirada para con el usuario (CPGE01)*

*Cuando yo entré al hospital hace casi treinta años éramos (yo considero) muy valoradas. **Éramos muy importantes para el médico** participábamos en la presentación de los casos o, en la visita médica, había médicos que si no estaba Trabajo Social no hacían la visita (nos localizaban) y hasta que estábamos ahí porque hacían preguntas. **De hecho uno mismo se da cuenta cuando el médico***

pasa visita y dependiendo del diagnóstico uno sabe que va implicar el tratamiento de ese niño. Cuando uno muestra interés en su servicio, en los pacientes; el médico, se da cuenta y se involucra uno y para ellos uno es muy importante. Creo que ha mermado mucho la importancia que le dan, para ellos somos solamente quienes fijamos cuotas o conseguimos algo para... es más llegan a tener un problema y van a Trabajo Social porque no tienen claro para que esta uno en ese lugar (LTGE02)

*En general creo, que **hemos dejado de ser una profesión sustantiva en el equipo de salud**... en donde ya la opinión del Trabajador Social, su aportación ya no es tan valiosa y por eso se puede prescindir de él (IHSE04)*

Cuando yo paso a ser operativa; por ejemplo, con el médico, con enfermería yo, siempre me he visto abajo de ellos; te voy a decir por qué: porque muy poco conocía de salud; por eso, porque estas en un ambiente en donde ni conozco, sobre todo los ¡diagnósticos! el procedimiento, el proceso (VMME06)

Nuevamente se denota una relación jerárquica encabezada por la figura del médico y el trabajador social no se percibe como una profesión sustantiva e incluso se devela que es precisamente de esta figura del médico de quien se busca obtener el capital simbólico en términos de reconocimiento.

4.5.2 El trabajador social con el paciente y su familia

Otro de los agentes que constantemente interactúa dentro del campo es el paciente que es la persona quien ha perdido la salud y su familia a quien esta pérdida impacta directamente; para él (paciente) van dirigidas todas las jugadas que realiza el equipo interdisciplinario con el objetivo de restablecer su salud; todo el armaje institucional tienen sentido para estos agentes -como se revisó en el capítulo 3- señalando que las instituciones sociales son la respuesta materializada del Estado a las diferentes necesidades y demandas sociales.

Cada profesional desde su perfil realiza la intervención para el paciente y su familia, existen procedimientos formales que regulan la estancia extra o intrahospitalaria, pero más allá de los procedimientos formales lo que se intenta rescatar es bajo qué circunstancias este agente solicita la intervención del trabajador social.

*Bueno, yo he notado que **las familias acuden a Trabajo Social principalmente porque no tiene dinero para pagar los implementos, porque necesita que se le ayude a gestionar algún apoyo, principalmente.** (LTGE02)*

*Yo podría decir que **las trabajadoras sociales estamos visualizando a las personas como sujetos de asistencialismo.** (IHRE04)*

***Las familias que acuden a Trabajo Social tienen necesidades diferentes** y es como yo les digo a los papás: aunque sean vecinos, aunque sus hijos se llamen igual, aunque estén aquí por la misma enfermedad, no son las mismas personas... puede ser desde, una **necesidad** básica, elemental de que no han tomado agua, de que no han comido. Entonces, **hay que gestionar y satisfacer necesidades.** (YGSE05)*

*Yo siempre he dicho que el paciente, el familiar no están ahí porqué quieran conocer al hospital, **están por una necesidad** (siempre lo he visto así) y que ellos van a llegar (como se dice) desprotegidos ante esta situación (VMM06)*

Desde la perspectiva de los trabajadores sociales el motivo de consulta del paciente y/o su familia es para resolver alguna necesidad que se deriva de la pérdida de la salud y del desgaste emocional y material que le implica a la familia; luego entonces; la intervención del trabajador social versa en resolver está necesidad a través de gestiones, reproduciendo el mirar al otro como una persona que necesita ayuda y perpetuando las prácticas asistencialistas.

4.5.3 El trabajador social con otro trabajador social

La interacción del trabajador social entre pares o entre colegas al parecer es la que se torna más complicada, por lo menos es lo que permea el esquema de pensamiento de los agentes.

*Yo, he notado que **cada vez estamos más separados, entre nosotros mismos nos atacamos, nos criticamos, no hay compañerismo; por ejemplo, en la medicina y todo lo que ha avanzado es porque toda la gente que investiga comparte sus conocimientos y de una investigación surge otra y así, se van incrementando, se van aclarando muchas cuestiones de salud. Y en Trabajo Social hay mucho egoísmo, cuando identificamos que llega gente que sabe más y que es evidente que sabe más la atacamos, la descalificamos; simplemente, no solo con actitudes, de muchas maneras** (LTGE02)*

*Yo creo, que... eh, eh, es la pregunta del millón. Porque... ¡híjole!, mi experiencia sí, en ese aspecto sí fue muy pesado, sí fue muy duro ¡híjole! La vida, la oportunidad no sé, que haya sido (para mí fue Dios) me dieron la oportunidad de hacerme cargo de un servicio y tener la autorización de tomar decisiones; pero, **muchas veces en el lugar de darte la orientación correspondiente y continuar con tu aprendizaje, te estancan. No sé a qué se daba (criterio propio) miedo a que tu sepas más que yo, miedo a que tú seas más joven que yo, miedo a que la vayas a regar más feo que yo, que no pases lo que yo pasé... probablemente; pero, muchas de las veces sí, se torna pesado, se corre mucho la no voluntad de ayudar; o sea, si **tengo la voluntad de ayudar a la demás gente, pero a mis propios compañeros no.**** (YASE03)*

*Muy mal. **Es una relación de rivalidad** (creo yo). De una competencia en donde yo quiero ser el mejor. Y... no te miro como mi colega, como mi igual. **Me quiero ver por encima de ti; aún entre profesionales con licenciatura, aún...hay esa lucha entre: yo soy mejor que tú.** Es esa parte de... descalificar, de... no permitir que avances, yo tampoco avanzo porque no ésta en mi prioridad. Cuando he hecho la propuesta algún trabajador social, (sobre todo trabajadora social porque hemos trabajado más entre mujeres, porque hay pocos varones) Cuando he escuchado esas... quejas de yo no hago esto, esto no me toca, o, no me valoran, no me reconocen o, yo soy mejor que tal persona por ser licenciada o tener mejor preparación académica. (IHRE04)*

*Yo puedo relacionarme muy bien con un Trabajador Social; cuando este trabajador social; está abierto, o sea, abierto a la escucha, abierto al pensamiento, abierto a todo. Porque, de repente tu **llegas con un compañero que es el trabajador social de otro servicio del que tú, tienes necesidad para poder atender al tuyo. Entonces, resulta como si te enfrentaras al: ¡no hay, no hay... no se puede!** (YGSE05)*

*¡Ayyyy! pues... ¡qué crees!... No sé. Yo tomé esta jefatura muy conflictiva: de todos contra todos. Que si las de la mañana tenían pleito con las de la tarde; que si las de la tarde con las de la noche; que si las de la noche con... así. Muy conflictivas, eso es lo que me ha costado trabajo una... **relación muy conflictiva.** (VMME06)*

Es claro que al interior del departamento de trabajo social se está dividido y la relación es conflictiva y se pudiera pensar que esto tiene que ver únicamente con los agentes, pero en el escrutinio del discurso lo que permea es nuevamente la lucha de posición que no se da necesariamente por el lugar; sino que la competencia tiene que ver con la lucha por la obtención del capital simbólico y el reconocimiento que interesa obtener es el de la figura de autoridad que es el médico, la génesis social del conflicto es la estrategia para obtener este reconocimiento puesto que no es la utilización de los capitales con que se cuenta, sino que en lugar de activar el capital se recurre a la descalificación del colega.

4.6 EL SENTIDO DE LA JUGADA

4.6.1 El sentido de la jugada y la resolución de problemas

Citando reiteradamente el pensamiento bourdiano el sentido de la jugada tiene que ver con las acciones que guían el interés por jugar que en apariencia está dotado de una acción racional, pero las condiciones de la jugada no tiene este principio de razón y sin embargo el agente hace lo que debe hacer.

Para el trabajador social las acciones que guían el sentido de la jugada cuando decide y tiene interés en jugar tiene que ver con resolver cualquier situación, condición, necesidad y problema que el paciente y su familiar presente a partir de la pérdida de la salud; y realiza una serie de jugadas que pudieran ser impensables para resolver las diferentes y diversas demandas.

Todas las familias tienen necesidades diferentes y a todas las familias hay que darles respuesta y ayudarlas. (YGSE05)

En el esquema de pensamiento del trabajador social está la idea de resolver problemas y necesidades lo que clarifica las prácticas objetivas que realiza en el campo y que a su vez, forma el sistema de disposiciones que dirige la praxis profesional, por un lado permanece la idea de resolver, pero por otra esta respuesta es fundada en la idea de ayuda.

Con lo anterior, se entiende que el sentido del juego que es también el sentido práctico concretado en la habilidad en el juego de responder a innumerables jugadas que se pueden dar bajo innumerables situaciones, el inconveniente de esta situación es que ha permeado la práctica profesional y entonces estas innumerables respuestas que se vuelven acciones objetivas, se realizan como todo sentido práctico sin cálculo y en muchas ocasiones sin fines conscientes, lo que convierte la praxis profesional en acciones desarticuladas que difícilmente se logran integrar por la carencia de procesos metodológicos.

*Pues, es que yo no sé si voy a poder parecer.... O sea, Metodología que si yo me guío por este autor, por este libro, entonces utilizo esta metodología como la escribieron en el año de no sé qué... sinceramente: ¡no! yo te puedo decir que a lo mejor con lo que estudié y lo que aprendí con el estudio social de casos y con lo de grupos... pues **tampoco tenemos metodología** o sea, realmente una metodología, metodología en sí: estructurada, científica, fundamentada...(se van a enojar los maestros conmigo) no he utilizado, no hemos utilizado una metodología total como está escrita en los libros, yo creo que sí aprendí cuando fui a la escuela, sí estudié cuando fui a la escuela; pero con lo que me pudo ofrecer el estudio social de casos...*

la metodología: el diagnóstico, la investigación y el plan y todo esto, pues... sí los utilizo, sí los acomodo, de repente; pero, sinceramente no te puedo decir: mi metodología... esta teoría y...a este autor; ¡no! Igual y me vi mal, pero no.
(YGSE05)

No puedo decir que utilizo una metodología única...Pero creo que lo importante es dar respuesta a las familias, yo prefiero atender a las familias que saberme todas las teorías (JLAGF05)

El divorcio entre prácticas objetivas y teoría-metodología sigue causando un abismo teórico-metodológico en la praxis profesional y el trabajador social podrá ser y seguir siendo un excelente estratega en la resolución de problemas y necesidades, pero este vacío no permite reposicionarse dentro del campo.

A modo de conclusión

Lo que el mundo social ha hecho, también lo puede deshacer

Bourdieu (1997)

A manera de conclusión el trabajo de investigación llega a lo siguiente:

- a) El sistema de salud se identifica como campo porque representa un espacio social automatizado en el que se configuran una red de relaciones objetivas entre posiciones diferenciadas, socialmente aceptadas y en gran medida independientes de la existencia física de los agentes. Representan espacios sociales con esquemas simbólicos, tácitos o explícitos que cobran sentido solamente en su interior.

- b) Las instituciones de salud funcionan como estructuras-estructuradas en virtud que se organizan con un principio de división de clases lógicas; que están perfectamente identificadas de manera lineal y jerárquica, determinadas por la profesión y el puesto, donde claramente el que se encuentra a la cabeza es el médico y el resto de profesionistas están subordinados.

- c) Funcionan también estructuras-estructurantes debido a que organizan las prácticas y la percepción de las mismas a través de una serie de reglas implícitas y explícitas que determinan las funciones manifiestas y latentes de los agentes que interactúan en el campo; en el caso específico de trabajador social es lógico que si en el esquema de pensamiento se autopercebe como un agente subordinado a la práctica médica, sus prácticas se objetivan con este mismo carácter que se expresan en las actividades que realiza donde básicamente sobresale la gestión de recursos y aditamentos que el médico necesita para dar tratamiento al paciente.
- d) Las posiciones dentro del campo están fijadas por la acumulación de los diferentes tipos de capital, en ese sentido, los trabajadores sociales, no cuenta con capital heredado, dado el análisis del nivel académico y ocupación de sus padres; el capital que poseen es adquirido, y se traduce en un capital económico limitado por la escala de salarios, el capital social es el que logra tejer a interior del mismo campo; y el capital cultural se obtuvo a través de la escuela y se expresan en grados académico y en capacitación que se ha incrementado de manera paulatina.

En el caso de los médicos su posición de puntal en la línea jerárquica, se entiende por la acumulación histórica de capital simbólico; el cual emerge de los diferentes tipos de capital -económico, social y cultural-. Hay que señalar, que el capital cultural que poseen los médicos en términos intangibles no es equiparable: puesto que, existe una gran diferencia entre la fundación de la primera Escuela de Medicina en México -como fuente de adquisición del capital cultural- y, 380 años después, se funda la primera Escuela de Trabajo Social. Tan solo, este dato marca una diferencia sustancial en cuanto a la obtención de este tipo de capital. Además, el capital simbólico que socialmente se le otorga al médico es incomparable, por la idea socialmente construida de identificarlo como un sanador y salvador de vidas.

Simbólicamente no existe valor más aquilatado para la humanidad, que la misma vida.

- e) Para la toma de posición, los primeros profesionistas que se incorporan a las instituciones de salud son con títulos con nivel técnico, esto les dio la oportunidad de conformar, crear, organizar y normatizar el funcionamiento y los procedimientos de intervención del departamento de Trabajo Social. La formación en ese momento era polivalente con un enfoque para-médico y para-jurídico; la profesión se percibía y autopercibía como un auxiliar; luego entonces, la estructura organizativa y los procedimientos de intervención se construyen con esta mirada.

- f) Con el primer programa de licenciatura que se instituye en México, consecuentemente egresan y se integran de forma acompasada en las instituciones de salud los nuevos profesionales con este grado académico, con su llegada se presenta: una lucha de posición, donde los profesionales con nivel técnico defendían sus formas tradicionales de intervención, respaldados por las políticas institucionales y los manuales de procedimientos. Contrariamente, los profesionales con nivel de licenciatura defendían los marcos teóricos y metodológicos; sin embargo, esto no trascendió más allá del discurso. La estructura normativa se impone y se termina aceptando y realizando las funciones y actividades tradicionales descritas en los manuales de procedimientos. Es importante señalar que en ese momento el salario era exactamente igual para los profesionales técnicos y con licenciatura.

- g) Con los programas de profesionalización se presenta una nueva lucha de posición al interior del departamento de Trabajo Social que se inicia por una

diferenciación en la escala salarial, esto motiva a los profesionales con grado técnico a buscar la nivelación profesional que consiguen a través de diferentes ofertas académica, sobretodo de universidades privadas. En sentido estricto la nivelación es por el interés primordial de aumentar el capital económico, por ende; se dio un aumento en el capital cultural, sin embargo; lo que no se logra conquistar de ninguna forma es el capital simbólico, puesto que los profesionales con grado de licenciatura de origen no les otorgaron el reconocimiento aseverando que las formaciones eran inequívocas, mermando su prestigio.

El aumento de capital cultural del personal tampoco refleja ningún cambio sustancial en el reposicionamiento profesional. Actualmente, tanto profesionales técnicos, como licenciados e incluso maestros en Trabajo Social, realizan las mismas funciones y actividades operativas puntualizadas en los manuales de procedimiento y en los perfiles de puesto; neutralizando su capital cultural, a pesar que corrientes ideológicas han permeado el campo; no se ha logrado cambiar de manera estructural las normas que determinan la praxis profesional. Históricamente, se ha aumentado el capital cultural, pero no se activa al interior de las instituciones, funcionando como un tipo de capital pasivo.

Luego entonces, las luchas de posiciones que ha protagonizado el trabajador social desde el punto de vista de competencia se ha dado entre pares y al interior del departamento, lo que imposibilitado el reposicionamiento para escalonar en el campo, manteniéndose en la misma posición.

En este sentido, se distinguen algunas posiciones en el espacio social percibidas de manera vertical y jerárquica: El médico en la punta, seguiría el trabajador social con otros profesionales de la salud y en la base se coloca al paciente y su familia en un estado vulnerable.



Fuente: Juana Patricia Pérez González

La posición intermedia que mantiene el trabajador social en el campo le ha permitido una doble interacción con los agente. Desde la misma estructura jerárquica frente al personal médico juega como dominado (subordinado) y ante el paciente y la familia juega como dominador (proporcionador de ayuda). La posición de dominado se identifica por el sometimiento y reconocimiento a la práctica médica que incluso se expresa en el mismo lenguaje; hay que señalar que un elemento de dominación es la imposición del lenguaje y en términos generales los tecnicismos médicos imperan en el campo.

- h) Frente al paciente y su familia emerge un elemento fundante desde el primer referente que se tiene de la profesión, remarcado en la aspiración vocacional y se mantiene presente al elegir la carrera es la idea de ayudar al otro. Esta idea, queda sellada en el esquema de pensamiento de los agentes; es relevante, en el sentido que trasciende el hecho de mirar al otro como un individuo desvalido que necesita que alguien lo ayude y, de manera intrínseca se da un autoreconocimiento del trabajador social como la persona o el profesional que puede otorgar esa ayuda; colocando al trabajador social y a la persona en planos desiguales, estableciendo una relación de dominación simbólica que se perdura y se transpone a los escenarios actuales. Esta idea inculcada de la percepción del otro, objetiva la praxis profesional, expresándose en prácticas dirigidas a tareas asistencialistas muy lejanas de reconocer al otro como un sujeto de derechos.

- i) Ante el mismo trabajador social en su trayectoria profesional ha demostrado tener la habilidad para jugar y mantenerse en el campo por el sentido que posee de la jugada, es decir; por sus habilidades para resolver problemas y gestionar recursos que contribuyen y facilitan el proceso de salud-enfermedad, pero, lo realiza desde el sentido práctico, por lo que es necesario redefinir la praxis profesional, desde, la revisión de políticas, manuales, perfiles de puesto; hasta reflexionar como quiere mirar al otro. Hoy por hoy; el mayor obstáculo para lograrlo, desde, la percepción de los agentes es: el mismo trabajador social.
- j) Las estrategias de reproducción que se han utilizado los agentes son: Las luchas de posiciones entre pares y al interior del grupo, las cuotas de admisión institucional al que se somete al personal de nuevo ingreso, la estructura normativa que se desajusta a la realidad social y el capital cultural pasivo, son algunos de los mecanismos de perpetuación que develan la posición del trabajador social en el campo.
- k) Finalmente se considera que la presente investigación es una aproximación al sistema de disposiciones que han mantenido en la posición actual al trabajador social en el campo abriendo líneas de investigación para un estudio de habitus incorporando no solamente la mirada del trabajador social, sino también de otros agentes que convergen el campo como el resto del personal de salud, y por su puesto; de los mismos pacientes y familias como agentes directos de la intervención profesional para contrarrestar todas las perspectivas.

Sugerencias

Es indispensable pensar, repensar y seguir pensando sobre las funciones y actividades que se han heredado y que continúa realizando el trabajador social para

contrarrestar con los elementos teóricos y metodológicos necesarios para impregnar la intervención profesional.

Es necesario realizar un trabajo colegiado para la revisión y actualización de los manuales de procedimiento y de los perfiles de puesto que normatizan la praxis del trabajador social.

El compromiso es bidireccional, la reestructura normativa para aquellos agentes que tienen la posibilidad de tomar decisiones con la coordinación de la academia y la fuerza operativa resignificar la relación con el otro identificándolo no solamente como su necesidad, sino también como un sujeto de derecho.

El rediseño de los perfiles de puesto de acuerdo al perfil académico para lograr activar el capital cultural y simbólico de los agentes desde la estructura.

Debilidades de la investigación

Limitar el trabajo solamente a la perspectiva del trabajador social y no integrar las perspectivas de otros agentes que convergen en el campo y que interactúan con el profesional de Trabajo Social, en el entendido que la realidad social no se construye de manera unilateral, sino en una constante interacción con los otros.

Es importante profundizar en el lenguaje como elementos de dominación a través de la revisión detallada de normativa institucional y del discurso escrito en los expedientes clínicos de los pacientes.

Incorporar las perspectivas de los agentes en los tres diferentes de atención niveles de atención en las distintas áreas y no solamente la parte operativa.

Referencias bibliográficas

279, A. (02 de septiembre de 2015). *Secretaría de Educación Pública*. Recuperado el 02 de septiembre de 2015, de <http://www.sirvoes.sep.gob.mx/>: <http://www.sirvoes.sep.gob.mx/>

Alayón, N. (1987). *Definiendo al trabajo social*. Argentina: Humanitas.

Aquín, N. (2003). El Trabajo Social y la Identidad profesional. *Prospectiva*, 80.

Arévalo, C. M., & Coronado, A. N. (2014). *Fundamentos Metodológicos para el trabajo social institucional Tomo I*. México: Ediciones Entorno Social.

Bourdieu, P. (1988). *El interés del sociólogo. Cosas dichas*. Buenos Aires: GEDISA.

Bourdieu, P. (1995). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara.

Bourdieu, P. (1997). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.

Bourdieu, P. (2002). *La distinción, criterios y bases sociales del gusto*. México: Siglo XXI.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Argentina: Siglo XXI.

- Bourdieu, P. (2008). *Conversación: El oficio del sociólogo, el capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI .
- Bourdieu, P. (2008). *Los herederos, los estudiantes y la cultura*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina: Siglo XXI.
- Burgos, N. (2011). *Investigación cualitativa. Miradas desde el trabajo social*. México: Espacio.
- Cohen, B. J. (1992). *Introducción a la sociología*. México: McGRAW-HILL.
- Corcuff, P. (1995). *Las nuevas sociologías. Construcciones de la realidad social*. Paris: NATHAN.
- Covarrubias, E. (2002). *Tesis: Estudio comparativo de las materias teórico-prácticas de área de Trabajo Social de las Escuelas y Facultades de Trabajo Social en México*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- De Alba, A. (2000). *El fantasma de la teoría*. México: Plaza y Valdez.
- De Alba, A. (2000). *El fantasma de la teoría*. México: Plaza y Valdes.
- Deslauriers, J.-P. (2007). *El trabajo social internacional en la hora de la mundialización*. Argentina: Humanitas.
- Di Cione, V. (11 de Diciembre de 2016). www.planificacion.geografica.org. Recuperado el 11 de 11 de 2016, de www.planificacion.geografica.org: www.planificacion.geografica.org/biblioteca.htm#textos
- Evangelista, E. (1998). *Historia del trabajo social en México*. México: Plava y Valdes.
- FITS. (16 de mayo de 2014). www.ifsw.org/latin-america. Recuperado el 06 de junio de 2015, de Federación Internacional de Trabajo Social: www.ifsw.org/latin-america
- Flecha, R., Gómez, J., & Puigvert, L. (2001). *Teoría sociológica contemporánea*. España: PAIDOS.
- Franklin, E. B. (2003). *Organización de empresas*. México: Mc Graw Hill.
- Giménez, G. (1997). La sociología de Pierre Bourdieu. *Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.*, 23.
- Hernández, S. (2002). *Administración, pensamiento, proceso, estrategia y vanguardia*. México: Mc Graw Hill.

- Hidalgo, C. (2015). *Tesis: Necesidad de reformar la ley orgánica del servicio público respecto a estabilidad de los contratos de servicios ocasionales*. Ecuador : Universidad Nacional de Loja.
- Hofman, M. (2009). De Bismarck a Beveridge: Seguridad social para todos. . *Trabajo*, 48.
- Johnson, L. (1992). *Social Work Practice*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar al trabajo social*. España: GEDISA.
- Llewelyn-Davies, R. (1969). *Planificación y Administración de Hospitales*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Meyer, R. M. (1975). *Instituciones de Seguridad Social*. México: INAH.
- Miranda, J. (1972). *Vida colonial y albores de la independencia*. México: SEP.
- Montaño, C. (2000). *La naturaleza del servicio social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. . brasil: Cortez.
- Morán, J. M. (2003). *Epistemología, ciencia y paradigma en el trabajo social*. Sevilla: ACONCAGUA.
- OMS. (05 de 06 de 2015). <http://www.who.int/es/>. Recuperado el 05 de 06 de 2015, de <http://www.who.int/es/>: <http://www.who.int/es/>
- Parra, G. (2004). La reconceptualización "nuevas lecturas". *Trabajo social latinoamericano*, (pág. 61). Chile.
- Soto, G., Lutzow, M. Á., & González, R. (2008). Rasgos generales del sistema de salud mexicano. *Revista de Salud Pública*, 62.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. México: Paidós.
- Tello, N. (2000). *Trabajo social en algunos países: apuntes para su comprensión*. México: Estudios de Opinión y Participación A.C.
- Torres, J. (1987). *Historia del trabajo social*. Argentina: Humanitas.
- Torres, J. (2006). *Historia de trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Valero, C. A. (1995). *El trabajo social en México. Desarrollo y perspectivas*. México: UNAM.

Vargas, Á. (2011). *Tesis El inter-campo institucional del profesor-investigador. Una mirada desde la práctica del docente Politécnico 2004-2009*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Vélez Restrepo, O. L. (2012). Reconfigurando el trabajo social en el contexto de la globalización. *Trabajo Social UNAM*, 12-19.

Zavala, A. (2010). La sistematización desde una mirada interpretativa: Propuesta metodológica. *Trabajo social UNAM*, 90-101.

Anexos

Claves de los entrevistados

CLAVE	REFERENCIA DE ENTREVISTADO Institución de tercer nivel de atención
CPGE01	Supervisor de Trabajo Social C
LTGE02	Supervisor de Trabajo Social C
YASE03	Trabajador social de área médica A
IHRE04	Supervisor de Trabajo Social C
YGSE05	Profesional de Trabajo Social de área médica B
VMME06	Jefe de trabajo social
LTME07	Trabajador social de área médica A
BIMGF01	Supervisor de Trabajo Social C
RHLGF02	Supervisor de Trabajo Social C

LCPGF03	Profesional de Trabajo Social de área médica B
MMCGF04	Trabajador social de área médica A
JLAGF05	Supervisor de Trabajo Social C
JPGGF06	Trabajador social de área médica A
AJSGF07	Profesional de Trabajo Social de área médica B
AJPGF08	Profesional de Trabajo Social de área médica B

Guía de entrevista

1. CAPITAL HEREDADO

- 1.1. ¿Escolaridad del padre?
- 1.2. ¿Ocupación actual?
- 1.3. ¿Escolaridad de la madre?
- 1.4. ¿Ocupación actual?
- 1.5. ¿Escolaridad de los hermanos?
- 1.6. ¿Ocupación actual?

2. CAPITAL ADQUIRIDO

- 2.1. ¿Cuál es su formación académica?
 - 2.1.1. Técnico
 - 2.1.2. Licenciatura
 - 2.1.3. Maestría
 - 2.1.4. Doctorado
 - 2.1.5. Especialidad
- 2.2. ¿Qué le motivo a estudiar trabajo social?

3. TRAYECTORIA LABORAL

- 3.1. ¿Puede describir su trayectoria laboral?
- 3.2. ¿Qué categoría tiene según el profesiograma?
- 3.3. ¿Qué puesto tiene en este momento?

3.4. ¿Qué piensa de la nivelación profesional?

4. AGENTES

- 4.1. ¿Cómo se relaciona profesionalmente con el equipo de salud?
- 4.2. ¿Cómo se relaciona profesionalmente con los pacientes?
- 4.3. ¿Cómo se relaciona profesionalmente con la familia del paciente?
- 4.4. ¿Cómo se relaciona profesionalmente con sus colegas trabajadores sociales?

5. SISTEMA DE DISPOSICIONES

- 5.1. ¿Qué funciones realiza en su trabajo cotidiano?
 - 5.1.1 Puede dar un ejemplo de cómo realiza esas funciones.
- 5.2. ¿Qué actividades realiza en su trabajo cotidiano?
 - 5.2.1 Puede dar un ejemplo de cómo realiza esas actividades.
- 5.3. ¿Cuál es el proceso metodológico de la intervención social que realiza?
 - 5.3.1. Puede comentar la intervención que realizó de un caso que considere negativo
 - 5.3.2. Puede comentar la intervención que realizó de un caso que considere positivo

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Por medio de la presente aceptó participar en la investigación titulada:

Análisis cualitativo de la posición profesional del trabajador social: Una aproximación en Instituciones de Salud

La presente investigación surge del análisis situacional del estatus actual de la profesión de trabajo social en México.

Las preguntas de investigación planteadas ¿Qué posición tiene la profesión de trabajo social en el campo institucional en el área de salud? y ¿Cómo ha sido esta toma de posición dentro del campo? Y ¿Cuál es el sistema de disposiciones que dan sentido a la praxis profesional?

Planteando el objetivo de explicar desde esta mirada teórica las formas objetivas y estrategias de reproducción que se han construido a largo del desarrollo histórico de la profesión de trabajo social y que hoy son una realidad profesional.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder de forma veraz los cuestionamientos planteados durante las entrevistas que rescatan mi perspectiva y experiencia profesional.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, son los siguientes:

La presente proyecto corresponde a una investigación sin ningún riesgo a mi salud en los aspectos físicos, psicológicos y laborales; ya que sólo se tratará (por mi parte) de dar respuesta a los cuestionamientos planteados durante la entrevista.

El investigador responsable se ha comprometido a manejar la información proporcionada con estricta ética y confidencialidad; así como aclarar cualquier duda que surja durante el proceso.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la relación laboral que tengo en mi centro de trabajo.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio. Por último, el investigador me ha informado que mi participación en la investigación no implicará ningún costo monetario a mi persona y todos los insumos quedaran a cargo del responsable del proyecto.

Se me ha proporcionado la siguiente información para poder consultar en cualquier momento al investigador en caso de alguna duda o inquietud de mi participación.

Lic. Juana Patricia Pérez González²⁴

Nombre y firma del trabajador

Nombre y firma del investigador

Entrevistas -Transcripción estenográfica-

ENTREVISTA 1.

DATOS GENERALES

EDAD: 52 años

SEXO: Mujer

ESCOLARIDAD: Licenciada en trabajo social

OCUPACIÓN: Trabajadora social área médica C

- 1.- ¿A qué se dedicaban tus padres?
*Bueno, mi papá fue obrero él se dedicaba a realizar el vidrio soplado eran piezas que antes las vendían baratas y nosotros en casa teníamos de todo: vasos, jarras, floreros, fruteros. Él estuvo como obrero por mucho tiempo. Toda su vida trabajo esta situación del vidrio.
Mi mamá dedicada al hogar; ambos, sólo con la primaria. Mi mamá trabajo en algunos restaurantes, pero en este sentido nada más ellos tuvieron la primaria.*
- 2.- ¿Cuántos hermanos son?
Fuimos diez hermanos.
- 3.- Y de estos hermanos: ¿cuántos profesionales?
Ninguno, excepto uno de ellos: el sexto, que hizo una carrera a nivel medio superior él estudio una carrera técnica y estuvo trabajando algún tiempo como policía aduanal y entonces eso le permitió tanto a él como a mí, pero de todos solo mi hermano y yo.
- 4.- ¿Cómo decide estudiar trabajo social?
Desde niña siempre quise ayudar a la gente.
- 5.- ¿Puede describir su trayectoria laboral?
En la Institución en específico donde estoy son 23 años, aunque un año previo estuve ya en otra área, en comunidad; entonces, serían 24 años los que ya tengo en el área de Trabajo Social.

También tenía que ver son salud, era un consultorio periférico que en aquel entonces, con Carlos Salinas de Gortari crearon estos consultorios en todas las delegaciones; en específico aquí en Coyoacán fueron tres, y a mí me tocó estar precisamente en la Colonia San Pablo Tepetlapa. Y se conformaba el equipo por el médico, una enfermera y Trabajo Social.

²⁴ Responsable del proyecto de investigación

- El trabajo fue más comunitario Claro, se atendían: se daban consultas. En aquel entonces yo hice el estudio de comunidad como lo aprendí en la escuela y, bueno... fue relacionarse con dos profesionistas en el área de la salud. Y como coincidencia cuando yo hice mi tesis fue en el área de la salud.*
- 6.- ¿Cuáles son las funciones de trabajo social que realiza?
- Lo que hacemos ahora son funciones que hemos hecho toda la vida, pero, claro ahora ya nos conocen más acerca de lo que podemos y somos capaces no solamente desde el escritorio, sino desde esa cuestión más proactiva. Antes así, como que era bueno yo así lo sentiría: pues, bueno si aquí esta y como que te daba miedo hablar en un grupo de gentes. Creo que eso, a mí no me pasó ¡afortunadamente! Pero no toda la gente lo hace, si... como que.... Bueno, pues sí... Escribimos.... Y váyanse y adelante no había esta educación hacia el usuario, esta coordinación con la enfermera: oye que le podemos dar. Doctor ésta pasando esto con este usuario, puede orientarle, podemos darle esta cuestión, estamos preocupados porque no le han operado usted le dice que sí ya hoy, mañana, pasado. Oiga señorita es que estoy enojado con el doctor lo vamos a denunciar... Porque la gente muchas veces también exige y está bien porque por ellos estamos aquí: oiga doctor podría ver esta parte, oriéntele, explíqueme... uno mismo saber que así, como el médico, enfermería también Trabajo Social tenemos cosas que el usuario conozca porque no solo es una él, hay más que estamos en esta coordinación; yo creo que ahora ya está la situación de coordinarnos: oiga requerimos de esto, pero usted que nos dice la gente podrá, nos podrá por favor enlazar, se podrá hacer algo más. Entonces, con otra mirada ya también nos ven ellos a nosotros, porque además nos estamos profesionalizando, capacitando día con día. Yo toda la vida lo hice, desde, que yo llegué aquí. Yo mis vacaciones me iba a cursos, asistir algún evento académico y bueno así, hacía yo varias cosas. Te vuelvo a repetir la mirada que tiene cada profesional depende mucho del profesional, de uno es que puedas hacer esta parte de ampliar tu horizonte, de poder involucrarte. Yo lo hacía, pero ahora lo hago con más seguridad, con más conocimiento de causa y sabiendo que tu opinión va hacer considerada.*
- 7.- ¿Qué es la profesionalización?
- Mira, yo lo que veo es estar en constante capacitación, en constante recibir conocimiento, refrescando lo que ya traemos que es la base y que tú puedas dar esta atención al usuario; con más calidad, más calidez, con más conocimiento de causa para que precisamente poder ampliar el horizonte también del otro. De poder ir acompañando de otra manera al usuario. Mucho depende de tu propia experiencia de vida. Yo he sido también usuario, y vas a otros lugares y dices: ¡oh, oh, oh!; ¿qué es eso?; ¿por qué te tardan así? Aquí afortunadamente... precisamente a través de tu capacitación... yo tome un diplomado en desarrollo humano miras hacia dentro y es algo que nuestra jefa lo hablo en un Simposio que hubo ahora en la jornada de los directivos de Trabajo Social en Mérida creo que fue apenas y decía: que si uno el Trabajador Social no se conoce a sí mismo todavía te cuesta más esta parte de conocer al otro. Y eso es importante. Ya decía por ahí un filósofo no me recuerdo quien, que la regla de oro es y que es básico para la relación humana: no hagas al otro lo que no quieras que te hagan a ti o has al otro lo que te gustaría que hicieran para contigo. Entonces, siempre esta mirada de ver hacia al otro; yo no lo veía hasta no haber tomado el diplomado, eh, y bueno, estar trabajando ya en mi cuestión personal. Creo que desde la escuela y no solo en la escuela, en la UNAM, sino desde la escuela baja además, desde con los papás se tenía que hablar de esta parte del desarrollo humano; de tu emoción; de ubicar tus sentimientos, de reconocerlos de aceptarlos, porque a veces nos los negamos y por ende negamos. No les permitimos a los demás poderlos expresar y si no conoces como vas a entender al otro.....me doy cuenta sí, que es importante la empatía, pero si yo a mí misma no me conozco ¿cómo puedo conocer al otro?*
- 8.- Esto me remite a que veamos la relación del Trabajador Social con otro Trabajador Social. ¿Cómo es esa relación? Licenciada.
- Fijate que también es algo que va relacionado al igual que con el usuario el profesionista que tenemos: enfermería, al médico como gremio a veces somos los peores enemigos nosotros mismos los Trabajadores Sociales, eh, pero considero que cuando uno está trabajando esta parte de tu persona, ya puedes entender un poco más al otro y no tomarte las cosas personal y recibir las opiniones y dar tu opinión con el respeto, la admiración porque también uno aprende de todos, yo aprendí mucho, aun siendo mis compañeras en aquel entonces técnicas, yo aprendí mucho de ellas: de su experiencia, de lo que ellas hacían con la metodología bien implementada de casos, grupos; yo, aprendí de ellas.*
- La profesionalización creo que mucha gente la ve como cuestión dinero. Yo, afortunadamente jamás he visto esta cuestión porque yo he sido Trabajadora Social, Licenciada en Trabajo Social desde que llegué. Te comente que yo era la que menos ganaba en aquel entonces.*
- 9.- ¿Cómo fue su incorporación: cuando llega, llegas como la primera y única licenciada?
- He sido, de ese entonces para acá la que se quedó, porque te decía que antes de que yo llegaré hubo varias licenciadas en Trabajo Social. Entonces, no era tan factible que se quedarán, yo me pude quedar con altas y bajas porque hubo esta cuestión de la amenaza ya con la anterior jefa, no. Mi jefa actual es Licenciada y es Maestra. La anterior era nivel técnico, entonces ¡imagínate quedarte! Yo, para poder entrar aquí fui seleccionada, por ella (bueno, es un decir) jajaja, jaja, jaja... en aquel entonces nos evaluaban no solo personal; la jefa de Trabajo Social y el Director Médico. El director médico se acaba de ir, una persona que de verdad es de admirarse; él nos hablaba de esta cuestión de los filósofos de como el ser humano teníamos que ser. Él me hizo una entrevista y por él es que yo estoy aquí. Porque al final se junta el equipo evalúan y ya tiempo después (no en ese momento) me enteré por su secretaria que él decidió entre varias que fuimos a dos personas, pero, en primer lugar estuve yo. A mí me preguntó acerca de las enfermedades crónico degenerativas, que son, que eran para él ... En fin, una serie de cosas que en su momento lo respondí, lo hice, le di mi punto de vista y me sentí muy orgullosa por eso,*

- porque de varias, solo quedamos dos y para él yo fui como primera opción y claro por ende, te decía mi jefa tuvo que apoyar aunque ella no hubiera querido ¡tuvo que apoyar! en aquel entonces mi jefa, bueno mi exjefa, aclaro no mi jefa.
- 10.- Podría reatar como fue en inicio está incorporación a la institución.
¡Ay, ay, ay!! Ay, ay, ay ¡! Muy fuerte, eh, muy fuerte porque... dijo afortunadamente mis compañeras tranquilas todas con la mejor disposición, pero conforme va pasando el tiempo y ven tus capacidades: no ellas, la jefa y así como que ¡hay! ¡Que ésta pasando! Entonces, no fue fácil para mí, yo tuve que ir abriendo un camino; hubo momentos en los que casi, casi me despedían. Me invitaban a continuar, pues, yo iba a titularme yo entre en el '92 creo que en el '91 termine mientras hice, creo que en el '93 me titulé y me decía: pues, si no estás a gusto te invito a que busques otra opción para que te puedas desarrollar como Licenciada. ¡Ah Madre mía! Sí, fíjate que sí. Qué bueno que fue anónima, eh porque quien la lea... Sí, sí, no te creas, si tengo que decirlo: vives con mucho miedo, con mucha angustia de que puedas equivocarte sabiendo que tienes las herramientas, las habilidades, la destreza de poder hacer tu trabajo. La cuestión personal más que nada es de tú desarrollo personal, o sea una gente que busca, anda arriba, abajo, vamos, venimos; yo preguntaba, yo no me quedaba con dudas, yo lo que no sabía lo investigaba. Algo que me decían en casa: cuando no sepas tú investiga, preguntas y vas a llegar, preguntando se llega a Roma; entonces, es algo que siempre escuche de niña. Tengo a mi abuela materna que afortunadamente todavía vive.
- Yo creo que ellas sentían esta amenaza porque en algún momento me invitaron asistir a una junta, de jefes. El director médico. No por el que ingresé, entonces imagínate va la jefa, la supervisora, bueno... la exjefa, la supervisora que esta en este momento y va la operativa, si la operativa... Va una persona operativa de Trabajo Social ¡imagínate! a una "junta de jefes".*
- No cayó bien, entonces sintieron la amenaza, dices: ¿por qué es que te mandan a llamar? Porque te vuelvo a repetir aunque no era tan relevante, yo participe siempre en coordinación, en comunicarte, en decir, en hacer y hacerlo saber a la enfermera, al médico.*
- 11.- Distingue alguna diferencia o no hay diferencia entre el Trabajo Social técnico, el Trabajo Social a nivel licenciatura.
*Fíjate que tenemos las herramientas, la metodología... pero ellas la experiencia y creo que eso no lo deberíamos estar peleando con las técnicas, no la debemos de perder porque de algo surgimos. Ellas, empezaron la carrera técnica, entonces, digo el proceso que hubo no llegamos nosotras las licenciadas de la nada, hay una historia, hay que reconocerla; hay que conocerla y reconocerla y mirar adelante no, porque somos parte de... como si fuéramos o hubiésemos sido gestionadas (si el gestar) ellas empezaron en... me parece que en los '50 algo así, sino, en la escuela de derecho, entonces tenemos que reconocer que de ahí salimos. Creo que no hay mucha diferencia entre la metodología, en cuanto a las herramientas que utilizamos.
 Superando toda esta parte. Porque ahora ya nos piden hacer investigación antes no se hacía (entre comillas) porque sí se hacía: al hacer una entrevista, al hacer un estudio socioeconómico. Estas investigando y estás haciendo tú trabajo; estas poniendo en práctica toda la metodología, todos los conocimientos que recibimos.
 Indicador.*
- 12.- Funciones de Trabajo Social en relación al usuario
Investigación, gestoría, asistencial que es algo de lo que hacemos aquí... es algo de lo que más hacemos por su puesto, eh trabajo con grupos, lo que ésta en proceso de educación, educación.
- 13.- Funciones de Trabajo Social en relación al equipo de salud.
Pues es parte de lo mismo, creo que debes estar en esa sincronía para poder hacer esta parte de la coordinación, de la investigación, de la gestión, de la asistencia. Es vital para con ellos. Claro, con ellos es más la coordinación, la gestión el trabajo más desde nuestra mirada para con el usuario.
- 14.- Funciones de Trabajo Social para con otro Trabajador Social.
*La supervisión, la educación, la investigación también, la gestión creo que son para con todos.
 Mira, para con nosotros en Trabajo Social tú vas más enfocada a lo que nosotros hacemos y vas trascendiendo a través de esta parte, yo lo que aprendí con mis compañeras finalmente fue educación: el aprendizaje que me dieron ellas y ahora yo lo estoy dando nuevamente a las nuevas generaciones; tenemos grupos de la UNAM, grupos del POLI y es la retroalimentación porque una cosa es que uno pueda darles conocimiento y otra es que puedas darles tu experiencia. Pero también ellos vienen con muchos conocimientos nuevos, en la forma de hacer las cosas, con la computación (que antes nosotros ni siquiera la teníamos, no) entonces, este proceso se da en cualquier nivel. Hasta con los usuarios: hay licenciada apachúrrele aquí para que pueda darse en la computadora. ¡Imagínate! Y no me siento mal porque finalmente ellos, la gente joven tiene otros elementos que nosotros no los tuvimos. Nosotros aprendimos con el ábaco, con la calculadora y era rarísimo, nosotros tuvimos que hacer muchas cosas sin la computadora, no.*
- 15.- ¿Cómo percibes o cómo definirías el Trabajo Social técnico?
*No, yo creo que Trabajo Social Técnico o Licenciatura tenemos la misma definición. Te digo, no podemos decir, ya ahora.
 Es lo mismo: ser profesional enfocado al proceso de salud – enfermedad, que coadyuva a la solución de problemas en ese sentido: en estar buscando toda esta cuestión con el usuario, con la familia. Lo hacen las trabajadoras a nivel técnicas y lo hacen... claro, yo creo que sí un poco la mirada, como que se enfocan más a una mirada; no lo ven desde todos los ámbitos: el cultural, el económico, el político... todo lo que nos involucra en este mundo en esta política. Pero, también hay compañeras que no son a nivel*

licenciatura (una que ya falleció) mis respetos leía y estudiaba muchas cosas de verdad tenía una visión y aprendí mucho de ella.

- 16.- El Trabajo Social. ¿Ha llegado a la cima o falta camino por recorrer?
Creo que estamos en ese proceso, todavía falta, pero es una profesión joven.
¿Para dónde vamos? ¿Qué crees que nos falta? ¿Para dónde le tenemos que apuntar?
Mira, yo creo que podemos liberar todavía esta cuestión de liderazgo, creo como que falta en nuestra profesión. Yo creo, que todos somos líderes, pero que nos falta desarrollar las habilidades, las destrezas en este aspecto; pues, para poder ir más allá de lo que estamos haciendo ahorita. Se está haciendo, tengo que reconocer que de estos trece años 2002, 2000 y la transición que ha habido, ha sido muy importante y por eso estamos donde estamos.

ENTREVISTA 2.

DATOS GENERALES

EDAD: 50 años

SEXO: Mujer

ESCOLARIDAD: Licenciada en trabajo social

OCUPACIÓN: Trabajadora social área médica C

- 1.- ¿Cuál es la escolaridad de su papá?
Mi papá no terminó ni siquiera la primaria, creo que terminó hasta tercer año de primaria.
- 2.- ¿A qué se dedicaba? ¿Cuál era su ocupación?
Muy joven, era menor de edad, le ayudaron a entrar al ejército y después de ser parte del ejército pues, renunció y fue policía unos años. No recuerdo cuantos, pero fueron pocos y después renunció a ese trabajo y entro a trabajar como chofer, lo pensionaron por un accidente de trabajo como a los 58 años.
- 3.- ¿Escolaridad de su mamá?
Mi mamá, la primaria; mi mamá dice que se estilaba que se estudiara comercio, entonces, estudio la primaria y comercio, como un curso.
- 4.- ¿A qué se dedicaba su mamá?
Bueno, se casó. Trabajo un año y dice ella que por acuerdo con mi papá establecieron que una vez que naciera el primer hijo ella, se iba a salir de trabajar. Y, así lo hizo, nació el primer hijo que fue mi hermana y ella renunció al trabajo y desde entonces se dedicó solamente al hogar.
- 5.- ¿Cuántos hermanos, tiene licenciada?
Somos cinco hermanos.
- 6.- Me puede decir la escolaridad y la ocupación de cada uno de ellos.
El mayor estudio la secundaria y una carrera en ese tiempo eran carreras técnicas como: auxiliar de contador; trabajo como un año por lo mucho se casó y dejó de trabajar, se dedica al hogar. Después, su servidora estudió la secundaria, el Trabajo Social a nivel Técnico. Entre a trabajar al Hospital Infantil de México... durante mucho tiempo permanecí igual a nivel técnico, hasta que llegó una jefe que nos hablaba de lo que era ya, la profesionalización y nos impulsó a estudiar, nos motivó, nos ofreció el apoyo y, fue así como decidí a realizar la nivelación. Hice el examen único de la preparatoria en el CONEVAL y después hice la nivelación en la Universidad Autónoma de Sinaloa (en la UAS). Después hice dos diplomados en la administración en los servicios de salud y otro en consejería familiar. Sigue otro hermano él, estudio hasta una carrera técnica: mecánica en diésel (por azares del destino) él, estudiaba y trabajaba; el lugar donde entro, era un comercio donde se dedican a vender baleros industriales. Aprendió esto y a través de la experiencia que fue adquiriendo con los años se decidió a poner un negocio propio, hasta la fecha él tiene un negocio, donde vende ese tipo de productos, los fabrica y se dedica a eso, y como los fabrica tiene también un taller de tornos, él a eso se dedica. Después sigue una hermana que estudio solo la secundaria. Dejo de estudiar porque en aquel tiempo los papás te obligaban hacer lo que ellos querían (de hecho yo quería estudiar lo mismo que mi hermana mayor y la respuesta fue: no. Cuando yo pregunte porque me dijeron... porque tu hermana es mayor y tiene que salir primero que tú) hago esta referencia porque mi hermana la penúltima no quería estudiar lo mismo que mi hermana la mayor y mi mamá la metió a esa escuela, la obligo y simplemente ella no quiso la escuela, no estudio, salió sin papeles... y la respuesta a mi mamá fue: yo te dije que no quería estudiar eso. Fue la única que se revelo realmente. Ella actualmente se dedica a realizar masajes reductivos, hace manualidades, sabe hacer muchas cosas y bueno son cosas que ella elabora y vende. Y mi hermano el más chico estudio una carrera técnica en computación, tampoco se dedica a eso, él actualmente tiene un negocio donde venden productos de suplementos alimenticios y hasta la fecha a eso se dedica.
- 7.- Licenciada ya nos compartió la parte donde usted estudia Trabajo Social Técnico y después, hace la nivelación o su equivalente que es la licenciatura, pero lo que quisiera preguntarle es: ¿Qué fue (sobre todo rescatar esa parte que usted quería estudiar para auxiliar contable y la respuesta fue: no, de sus padres) al final o por qué decide estudiar Trabajo Social?
Híjole... es... la verdad yo comencé a estudiar esa carrera porque en la secundaria tenía la clásica amigueta inseparable, y la mamá de esta amiga tenía algún conocido que le ayudo a entrar a la escuela de Trabajo Social, entonces, yo fui con ella a estudiar Trabajo Social. Además ahí hay otras historias (mi mamá estaba enojada conmigo, no me hablaba, yo había salido de la escuela y nunca hubo una pregunta: ¿qué vas hacer?, ¿qué vas a estudiar?) entonces, yo me sentía así, como a la deriva. Entonces, cuando esta amiga me ofrece que su mamá nos va a meter a la escuela, pues, yo decido. Yo, decidí. Inexperta, sin saber nada de esto, sin antecedentes... nada...bueno los de la escuela porque en la secundaria hay

Trabajadores Sociales, en el Seguro Social hay Trabajadoras Sociales. Yo sabía que existían. Desconocía con certeza a todo lo que se pudiera dedicar una Trabajadora Social, más bien todo lo que pudiera hacer, no. Pero creo que fueron cuestiones del destino, yo llegué a estudiar esa carrera. No me acuerdo si me gustaba o no me gustaba, pero iba a la escuela y eso... y como que sentía yo ese compromiso por ir a la escuela, me gustaba ir, no me gustaba faltar, nunca me acuerdo de pensar en desertar; pero, si me queda claro que no era lo que yo deseaba estudiar, no.

- 8.- Licenciada ahora que hemos visto un poco esta parte familiar desde donde surge la inquietud de estudiar trabajo social. Me gustaría que nos pudiera comentar: ¿cuál ha sido su experiencia? O, si pudiera describirnos su trayectoria ya en el campo laboral: ¿cuál fue su primer trabajo?, ¿cuánto tiempo duro?, ¿qué puestos ha tenido?...

Bueno, pude estudiar la carrera a nivel técnico, pues en mis tiempos... ahí por los años de 1983 salí de la carrera técnica y la verdad me dedique a buscar trabajo. No había el interés de seguir estudiando, porque la necesidad en mi casa era de trabajar. Y yo así, como que lo tenía bien introyectado: tenía que trabajar, entonces me dedique a buscar trabajo y la verdad es que este ha sido mi único trabajo. En lo que es el Trabajo Social, yo me acordaba que por esta zona había hospitales y así, es como acompañada por una amiga venimos a buscar la oportunidad y nos citaron, nos dijeron que sí había oportunidad y la verdad es que desde julio de 1985 yo entre al hospital. En aquel tiempo era todavía muy rígido por lo menos en el hospital había muchos jefes de servicio que eran egresados... eran militares; la disciplina era demasiada, así, por nombrar un detalle: nosotros Trabajo Social teníamos (no por escrito) una consigna: tú, no podías hablarle a los de intendencia, no podías andar con alguien del archivo, o sea, tus amistades tenían que ser médicos. Y de hecho si se sorprendía a alguien (en aquel tiempo tuve una compañera que tenía un novio del archivo y cuando se dieron cuenta la corrieron) era disciplina. Esto si lo tengo que resaltar: "la Trabajadora Social era muy importante". La visita médica no se pasaba sin la presencia de la Trabajadora Social. No todos los servicios, pero en su gran mayoría hacían participe al Trabajador Social para hacer preguntas respecto a las familias. La gente era muy comprometida, las Trabajadoras Sociales eran muy comprometidos, eran muy responsables, no se habla en aquel tiempo casi nada del sindicato, se desconocía de tus derechos. Una vez que te daban la base era muy criticable que tú pidieras inmediatamente días económicos. Pero no era nada sobre escrito, solamente eran cuestiones del departamento. La verdad es que era muy bonito, eran contada la gente que era rebelde, que no hacía bien sus trabajo o más bien que maltrataba a los usuarios. Era un trabajo donde nadie se perdía, era un trabajo.

- 9.- Licenciada nos podría compartir o no sé si recuerda ¿cuántas compañeras conformaban el departamento de Trabajo Social?

No. Así, con certeza no lo sé, pero cuando mucho éramos unas veinticinco.

- 10.- Veinticinco, y de esas veinticinco ¿cuántas tenían el nivel técnico y cuántas de nivel licenciatura?

Sólo había una compañera que tenía el nivel licenciatura. Todas las demás éramos técnicas, ¡todas! Yo entro como personal operativo y estoy así, durante diecisiete años fui personal operativo; después hice examen para ser supervisora (lo hice en tres ocasiones) y hasta la tercera ocasión fui aceptada como supervisora y desde el año 2002 a la fecha, perdón no es cierto, hasta el 2011 y en el 2011 fui nombrada jefa del departamento y durante tres años ejercí como jefa del departamento, actualmente soy nuevamente supervisora.

- 11.- Pudiera describir: ¿qué funciones desempeñaba como operativa?

Bueno, básicamente el personal operativo nos encargamos de atención al usuario, a los pacientes de ingreso, de reingreso la colocación, la entrevista de casos, la gestión de apoyos para los pacientes, las coordinaciones (esto se hacía antes) las localizaciones para pacientes de casos especiales, participaba uno en las sesiones con los médicos, se hacían sesiones con el equipo médico para decidir cuando un paciente se iba a trasplantar el trabajo de Trabajo Social era ir a conocer la casa del paciente para saber si ese paciente realmente era candidato para ser trasplantado. Ejemplo, actualmente no todos los médicos lo, consideran importante. Desde mi particular punto de vista creo que, a ellos les interesan los números: trasplante cincuenta aunque treinta (bueno estoy hablando al azar, no. Por su puesto que no es así, en esa cantidad, pero vaya...) los trasplantan sin darle la relevancia a la situación familiar que es muy importante; porque de eso depende el cuidado del órgano que el paciente recibe. Las condiciones en las que él vive también son determinantes para evitar el rechazo del órgano y anteriormente se le daba mucha importancia, no. De hecho (repito) habían esas sesiones donde el psicólogo, el Trabajador Social y el médico opinaban sobre ese caso que tan efectivo podría resultar ese trasplante, o no efectivo si no se reunían las condiciones para que ese niño tuviera un cuarto especial para los cuidados del trasplante.

- 12.- ¿cuáles serían las funciones de Trabajo Social en la parte operativa?

Investigación, orientación, coordinación, eh,... pues, principalmente; las gestiones que son muy importantes para los trasplantes, conseguir apoyos para los medicamentos.

- 13.- ¿cuáles serían las actividades que desde la parte operativa de manera cotidiana se realizan?

¿Actividades?... umm... a c t i v i d a d e s, pues, ah, (me tomas por sorpresa) a veces confundimos las funciones con las actividades. Pero, bueno son actividades administrativas que hasta la fecha no se han podido quitar, por ejemplo: el no asignar un solo presupuesto al familiar sino, el darle a conocer las cuotas que no se ha logrado eliminar de años, el enviar formas de caja, el registro (no electrónico) manual de todos los datos estadísticos de formas de caja, registro de apoyo. El pase de visita médica... principalmente.

- 14.- En la supervisión, ¿Cuáles son las funciones que realiza usted?

En la supervisión nosotros (aunque no hay un procedimiento unificado para la supervisión) pues, como que cada quien ha ido adoptando el que considera que debe ser, no. Supervisamos los estudios socioeconómicos, revisamos la clasificación socioeconómica que se le asigna al familiar sea la correcta, supervisamos las notas de seguimiento que se le da a cada caso, hacemos intervenciones, la supervisión

individual que también ya no es tan común (honestamente). La actividad ha aumentado, el trabajo ha aumentado demasiado, creo yo que se ha modificado porque ya no hay tanto compromiso por parte del gremio en el trabajo; entonces, eso ha hecho que a una supervisora, por ejemplo (desde mi punto de vista) le incremente el trabajo porque tienes que revisarlo todo, no. Si fijo bien las cuotas, si las notas de seguimiento tienen congruencia, hacer sugerencias para la intervención... he. ¿Cómo decirlo?... guiar un poco al personal cuando no tiene la visión que uno cree que debe tener para abordar los casos; hay mucha gente que se enfasca con las cuestiones personales y se limita mucho al cumplimiento de las cosas, no. Por ejemplo, el detectar a una familia que puede pagar ciertos costos... es un trabajo intensivo que tal vez, tenga poco éxito en el sentido de que cada vez son más casos los que vemos; que tenemos menos tiempo para verlos. Las cuestiones administrativas nos absorben. El no contar con el equipo de cómputo, por ejemplo; nos limita demasiado. Hay muchas cosas que se siguen haciendo manuales y que son importantes y que no se pueden dejar de hacer. Entonces, le dedicamos más tiempo a las cuestiones administrativas que al trabajo de supervisor que debe ser personal; que no solamente debe ser a través del escritorio, el poner una observación y ya. Sin embargo, parte de lo que sí creo que aún se conserva en alguna de nosotras: el dialogar con la Trabajador Social darle los diferentes puntos de vista, hacerle sugerencias. La enseñanza, que aunque no se ha logrado mucho también en eso... empecé bien, con un buen propósito, se ha dejado de hacer. También, la diferencia que actualmente, ya hay en cuanto, a los niveles de preparación que tiene la gente de nuevo ingreso creo que nos ha apagado un poco a nosotras; cuando, no tenemos el mismo nivel de preparación que la gente que va entrando. Yo creo que eso, nosotros mismos nos limitamos: que lo que nosotros podemos decir, no tiene importancia. Pero, es por la falta de preparación... la actualización.

- 15.- Cuando usted llega el personal de Trabajo Social la mayoría era de nivel técnico y eso poco a poco ha venido cambiando a partir de que se han venido incorporando otros grados de nivel de estudios. ¿Cómo fue esa incorporación cuando empezaron a llegar las licenciadas y cuando usted decide también nivelar sus estudios; qué fue lo que la motivo... cómo se dio?

Bueno, decía yo que en 1985 entre el hospital (hace treinta años) donde yo recuerdo que empezaron a llegar compañeras a nivel licenciatura fue hasta hace veinte años, pero fue algo así, muy marcado en el departamento porque la entonces jefe de Trabajo Social era licenciada y egresada de la UNAM. Entonces ella, marco una diferencia muy importante entre el personal técnico y el personal a nivel licenciatura (incluso) ella lo externaba: las que sabían eran las licenciadas, las que estaban bien preparadas eran las licenciadas. Tuvo la osadía de hacer reuniones con el entonces equipo de trabajo, pero por separado hacía reuniones con las técnicas y reuniones con las licenciadas. Y ella marco mucho la diferencia lo cual hizo que nosotras siempre a partir de ese momento viviéramos enfrentándonos y criticándonos; porque por ejemplo: yo soy técnica y como técnica trabajo mejor que fulanita y sultanita... Y la licenciada se ha jactado por muchos años de ser licenciada; pero, tampoco ha habido una diferencia en el trabajo. Si hay una mayor preparación, pero en cuestión de calidad no se ha notado. Entonces, pues, eso creo que genero mucha división en el departamento... eh, eh, con todo respeto creo que fue un cambio para mal, porque se empezaron como que ha rebelar, pero, solo por ser licenciadas. Nunca se han distinguido por ser mejores o por hacer algo diferentes a lo que se hacía. Una vez que entran en el departamento como que esa diferencia en cuanto a estudios se va diluyendo y después ya no es notoria, solo, porque hay un papel; pero, en cuestión de calidad, de trabajo, de iniciativa, de hacer algo nuevo, de implementar, de... no, no lo ha habido. Entonces, sí, ha sido algo trascendental.

- 16.- Licenciada, y desde esa experiencia, hasta ahora se ha venido dando así, es decir: las licenciadas o maestras (incluso) que ya ahora se empiezan a incorporar también a las Instituciones si hacen las mismas funciones operativas o por el grado realizan otro tipo de función, tienen otro tipo de actividad...

No, realizan las mismas funciones, tienen el mismo sueldo. De hecho hace rato quedó inconclusa la respuesta a la pregunta... yo decidí nivelarme, porque de verdad había una gente que nos motivaba, nos impulsaba y... en el inicio (tengo que ser honesta) lo que me impulsó hacer la nivelación fue el interés de ganar más dinero porque había una diferencia. Una vez que entre, la verdad es que se me hizo algo muy padre, me agrado; creo, que tuvo mucho que ver la jefe que tuve; nos motivó y que nos ayudó a hacer esa licenciatura, sí, lo tengo que decir: yo siempre decía que si tenía que estudiar una licenciatura no iba a ser en Trabajo Social, no le hallaba sentido, tal vez, por esa no diferencia en funciones, no había nada que hiciera la diferencia más que el papel; entonces, nunca sentí ese interés por hacer una licenciatura en Trabajo Social hasta en ese momento que se dio la profesionalización y que el interés de ganar más dinero me movió. Aunque una vez estando en la nivelación me agrado mucho.

- 17.- Cuándo usted hace la nivelación y obtiene el grado de licenciatura: ¿cambiaron sus funciones?

No, no cambio. Seguimos haciendo lo mismo. Nada más que ahora éramos licenciadas. No, no cambio nada.

- 18.- Licenciada no sé si nos pueda comentar esta parte que nos señaló antes. Entiendo, que Trabajo Social tiene como diferentes o se relaciona en el ámbito de lo hospitalario con varios agentes (por así, decirlo) por un lado ésta el trabajo, el Trabajador Social y la intervención que realiza con los pacientes o las familias; ¿cierto?, y después esta como esta relación que hay de Trabajo Social con el equipo de salud, los médicos, etc. Y también ésta la relación del Trabajador Social con otros Trabajadores Sociales que son los equipos de trabajado, la parte de la supervisión y demás. Nos podría comentar ¿cómo usted percibe este tipo de relaciones o, cómo las describe (más bien) o sea, como es el proceso de intervención de Trabajo Social con el paciente, las familias?

Bueno, eh, para ser muy honesta, yo creo que se ha vuelto muy superficial el Trabajo Social en cuanto a todo lo que es el seguimiento de caso. Se ha vuelto como rutinario; poca gente mantiene ese interés de realmente de dar un seguimiento serio, de interesarse porque la familia reciba un tratamiento psicológico, de interesarse por cómo están los demás integrantes de la familia reaccionando ante un diagnóstico

- adverso, preocuparse por la familia que vienen del interior de la República ¿cómo le van hacer para permanecer aquí, durante el tratamiento al paciente? Si hay, por su puesto. Personas muy profesionales, muy rescatables; pero, muchas se han institucionalizado.
- 19.- A ¿qué se entiende por institucionalizado?
Para mí, aplicar un estudio socioeconómico, aplicar un formato ya prediseñado que tiene varios indicadores por medio de los cuales podemos llegar a la afirmación del nivel socioeconómico que determina el monto que va a pagar el familiar, no. Entonces, nos dedicamos a llenar un formato y a asignar un nivel. No vamos más allá. Muchos los profesionales de Trabajo Social solo ven eso: el total del puntaje y te toca tal nivel. Otros, van más allá, se plantean el gasto que implica que la familia este aquí, el desgaste de la familia con el tiempo de permanecer en la ciudad, el resto de los familiares, los hijos que se quedan en casa, los papás que llegan a perder el trabajo por su permanencia en el hospital. Si hay gente, por supuesto que logra empatizar con los usuarios y se preocupa por esas situaciones; pero, también una gran mayoría se han (a lo que yo digo) institucionalizado, pues, se dedican a solo llenar un instrumento prediseñado y a la asignación de un nivel y ya.
- 20.- Que pacientes, que familiares o bajo que, circunstancias se acercan a Trabajo Social; es decir, una persona que se atiende en la Institución ¿cuál es el motivo de consulta para el Trabajador Social?
Bueno, yo he notado que principalmente es porque no tiene dinero para pagar, porque no tiene dinero para pagar los implementos, porque necesita que se le ayude a gestionar algún apoyo, principalmente.
- Algunas apoyan a la familia tramitando y gestionando los apoyos. Otras, solo les dan los teléfonos para que los familiares hablen o, les dan sugerencias a los familiares de ir a ciertas instancias para que ellos se encarguen de conseguir el apoyo. En estos dos sentidos.*
- 21.- ¿Cómo es la relación del Trabajador Social con (desde su personal punto de vista) el equipo de salud?
Cuando yo entre al hospital hace casi treinta años éramos (yo considero) muy valoradas. Éramos muy importantes para el médico participábamos en la presentación de los casos o, en la visita médica, había médicos que si no estaba Trabajo Social no hacían la visita (nos localizaban) y hasta que esta vamos ahí porque hacían preguntas. De hecho uno mismo se da cuenta cuando el médico pasa visita independiendo del diagnóstico uno sabe que va implicar el tratamiento de ese niño. Cuando uno muestra interés en su servicio, en los pacientes; el médico, se da cuenta y se involucra uno y para ellos uno es muy importante. Creo que ha mermado mucho la importancia que le dan, para ellos somos solamente quienes fijamos cuotas o conseguimos algo para... es más llegan a tener un problema y van a Trabajo Social porque no tienen claro para que esta uno en ese lugar. A mermado, yo conozco a compañeras muy comprometidas, que de verdad tienen el reconocimiento de los médicos y los defienden y no quieren que se cambien de servicio porque son gente comprometida, pero igual hay personal de salud que les da igual: lo mismo una persona que la otra porque no se han ganado ese lugar, ese reconocimiento.
- 22.- ¿Cómo se da esa relación de Trabajo Social con otra Trabajadora Social?
Yo, he notado que cada vez estamos más separados entre nosotros mismos nos atacamos, nos criticamos, no hay compañerismo; por ejemplo, en la medicina y todo lo que ha avanzado es porque toda la gente que investiga comparte sus conocimientos y de una investigación surge otra y así, se van incrementando, se van aclarando muchas cuestiones de salud. Y en Trabajo Social hay mucho egoísmo, cuando identificamos que llega gente que sabe más y que es evidente que sabe más la atacamos, la descalificamos; simplemente, no solo con actitudes, de muchas maneras.
- 23.- Me pudiera describir algunas, licenciada. Que usted haya observado... que se hayan vuelto parte de su experiencia.
Si, eh, decía yo que cuando una persona (y es evidente que conoce y que sabe) y no hay empatía con el gremio, la congelan. Simplemente, no es tomada en cuenta aunque tenga la razón, porque tiene el conocimiento; no hay el reconocimiento por parte del equipo, esta anulado. Por ejemplo: actualmente, anteponen más la antigüedad al conocimiento; puede haber una persona como yo, que tenga treinta años, pero que no tenga la preparación como el que tiene el personal de nuevo ingreso (nivel maestría) y yo de ante mano anulo a estas personas porque yo tengo la experiencia, entonces, creo (sabemos que no es, así) que no saben y aunque lo sepan; simplemente, no le damos el crédito.
- 24.- En esta larga trayectoria que usted ha tenido supongo que han existido muchas familias, muchos usuarios a los que usted ha visto. Pero, a mí me gustaría que nos compartiera (si esto es posible) un caso que el resultado final de su intervención o de lo que usted hizo no la haya dejado satisfecha o usted no lo considera favorable.
Ah, sí, por su puesto. No recuerdo el nombre del niño, pero, tuve el caso de un niño con un tumor (el papá era comerciante) entonces, ¡fíjese nada más! Yo insistía con el familiar en que pagara sus cuotas y el señor me insistía que no tenía, que no tenía y, yo lo presionaba para que pagara las cuotas (incluso cuando se sintió muy presionado llorando decía que no tenía). Entonces, en cierto momento ya el paciente estaba muy grave y se fue a su casa con un respirador de secreciones; yo fui hacer la visita domiciliaria (para esto el familiar decía que era comerciante de frutas y verduras y yo aseguraba que el señor tenía dinero para pagar, pero no quería hacerlo) cuando llego ¡oh, sorpresa! Era un cuartito muy pequeño que por lo mucho media tres por tres metros, solamente tenía una cama individual donde dormía el niño y un colchón matrimonial que colgaba de los extremos; solo, tenían una silla de madera, una estufa y la ropa en cajas. Era una casa particular dividida así, como para rentar por separado los cuartos. Este cuarto además, tenía un corte por donde subía la escalera, había una parte donde no te podías pararte derecho por la bajada de una escalera (que por supuesto) no se veía. Cuando yo les pregunté a los familiares de que en dónde dormían... (Porque ya no había espacio eran los papás, si no mal recuerdo y tres hijos, entonces yo no veía espacio donde podían dormir) me dijeron que en el suelo. Pero yo les dije: pero, ¿en dónde? Y me dijeron aquí, cerramos la puerta y aquí nos dormimos. Por su puesto me sentí muy mal porque yo juzgue a esa familia de que los señores podían pagar. El niño iba a morir, estaban muy pobres

- la visita domiciliaria me sirvió para darme cuenta de lo equivocada que esta yo, no. Por su puesto, esto me dejo un mal sabor de boca y a la fecha (eso tiene como veintitrés años) todavía me acuerdo. Por su puesto, se exento de pago a esa familia; pero, decía yo al principio: era un niño que ya se iba ir a su casa; para irse a morir a su casa. Durante su estancia hospitalaria yo fue como machetito, no, cobre y cobre y cobre... nunca me pregunte: ¿cómo estaba la familia?, ¿cómo se sentía la familia? Y, además era familia muy humilde y de esas personas que no discuten nada, que no se saben defender no. Eso fue lo que me hizo sentir peor porque cuando yo llego a la casa y me, doy cuenta en la forma en que vivían; pues, (por supuesto) era una familia que no iba a poder pagar.
- 25.- Ahora el otro extremo en este largo caminar: cuál de los casos que usted ha vivido considera un caso de éxito y donde usted puede sentirse satisfecha por su intervención que hizo.
*Bueno en realidad hubo varios. Recientemente me vino a visitar la mamá de un paciente que yo le conocí siendo bebé, no. Y me vino a visitar porque ya se iba del hospital y lo referían a otro hospital a otra institución, porque ya era un joven y ya no se podía atender aquí. Se acordaba perfectamente de mi nombre (yo no recuerdo) y me decía que yo invitaba al niño a convivir con mi hijo. Me da mucho gusto no recuerdo así, con exactitud cómo fue la situación de este paciente, si es foráneo... pero, la señora y el paciente me vinieron a visitar hace poquito.
También, (hace como medio año) vino una señora que en cuanto yo la vi, la conocí, sabía quién era; pero, por temor a equivocarme. En cuanto ella me dijo: ¿se acuerda de mí? Y yo le dije: Es mamá de... ¿quién? Y cuándo me dijo el nombre (de inmediato) yo dije: Ah, sí, me acuerdo perfecto de nombre. Hubo buena relación con ese caso; la familia era muy pegada a mí, era... era... era una cosa hermosa, no. Lamentablemente también, murió porque era un tumor. ¡Pero, la señora vino a buscarme hace poquito y se acordó perfecto de mí! También, me dijo cosas muy, muy bonitas de mi trabajo. Tampoco recuerdo así, bien que paso con ella; pero, si recuerdo que había mucha empatía, la niña me quería y yo la quería a ella, la familia era muy participativa, no... no se ... y ... otros... varios.
Otro joven que también falleció. Tengo varios casos. Me acuerdo de un caso que tuve en neurocirugía; que yo veía a la mamá que estaba ahí todo el tiempo con el niño, ella callada, el niño acostadito (como de doce años) y, ella callada junto a él. Entonces, me llamaba la atención que ella fuera tan seria y en una ocasión tuve la oportunidad de hablar con ella (a solas) y yo le decía, pues que lo abrazara, que aprovechara el tiempo que estaba con él, que le dijera que lo quería, que era importante para él y... equis, no. Entonces, hubo empatía, me invitaban hasta los cumpleaños de este niño y todo. La señora me hablaba por teléfono, aún después, de que el niño falleció. Y... bueno... igual, la familia muy agradecida por el apoyo que se le dio y particularmente en ese caso fue porque la mamá me decía que le llamaba mucho la atención que yo le dijera que abrazara al niño. Porque ella lo quería, pero que no estaba acostumbrada. Y yo pensando en el pronóstico de ese niño y me movía el verla solamente sentada y que no hablara con él. Por su puesto, tuve mis satisfacciones.*
- 26.- ¿Cómo nos describe, licenciada el Trabajo Social? ¿Qué sería el Trabajo Social?
*Bueno, definitivamente: sí creo, que es una disciplina. Es una disciplina de las Ciencias Sociales que se encarga (para mí, desde mis palabras) en generar en el usuario, en la familia; en que él pueda reconocer todas las capacidades que tiene y como puede enfrentar la adversidad (por su puesto, esto no solo es de Trabajo Social, sino con el apoyo de Psicología, de los médicos) a reconocer y explotar (por así, decir) las capacidades que la familia tiene para enfrentar las situaciones adversas.
Es una disciplina que junto con el conocimiento (personal) de que es la familia, sus fortalezas. Saber motivar a la familia de que haga uso de esas capacidades, de esas fortalezas que tiene; porque, muchas veces no las identifica la familia, entonces, creo yo que Trabajo Social identifica y fomenta el acercamiento de los familiares. El descubrimiento de cosas que pueden lograr a partir de la unión, del apoyo mutuo, no. Es una profesión que debe entender las situaciones que pasa la familia, identificarlas y fortalecerlas... no... no sé qué, termino utilizar, pero creo que es una profesión que es para eso, principalmente.*
- 27.- Y, qué lugar, desde su perspectiva tiene el Trabajo Social como profesión en la Institución que usted labora.
Definitivamente la posición principal la tienen los médicos. Creo que tenemos una importante representación social en el hospital, pero más como gestores, que profesionales que pueden apoyar en otros sentidos a la familia. Creo, que todo mundo nos ubica más como un gestor (si necesito algo Trabajo Social me lo consigue). Pero, "dificilmente, piensan": ah, esta familia tiene estos problemas, a ver vayan con trabajo social, coméntenle... no se... como que difícilmente lo pueden identificar, así. Mejor lo mandan con el psicólogo.
- 28.- Por último considera que dentro de su experiencia laboral, profesional, desde la parte personal. Desde lo que usted puede percibir con el resto de profesionales: ¿Trabajo Social ha llegado a la cima o nos falta camino por recorrer o cuáles serían los retos?
*Es necesidad.
Es necesario prepararnos y de hacer cosas relevantes y no solo aplicar un instrumento. Sí creo que el gremio va escalando, vamos lento... desde acá, desde donde yo estoy, creo que es eso.*

ENTREVISTA 3.

DATOS GENERALES

EDAD: 26 años

SEXO: Hombre

ESCOLARIDAD: Licenciado en trabajo social

OCUPACIÓN: Trabajador social área médica A

- 1.- Escolaridad y ocupación de sus padres.

- Ambos estudiaron hasta la secundaria y se dedican al comercio de ropa.*
- 2.- Escolaridad y ocupación de sus hermanos.
Solamente tengo una hermana que estudió la secundaria y se dedica al hogar.
- 3.- Trayectoria académica.
Hace tres años termine de estudiar la licenciatura de trabajo social en el POLI
- 4.- Trayectoria laboral.
Este es mi primer trabajo.
- 5.- ¿Qué funciones realiza trabajo social?
Nuestras actividades, nuestras funciones van más a la gestión. Gestionamos redes de apoyo primario (yo que estuve en una corta estancia en gineco-obstetricia, urgencias y hemodinmía) fomentar las redes sociales, las redes de apoyo, educación para la salud, educación reproductiva; es parte de nuestra función y de todo el equipo de trabajo; no solamente de Trabajo Social, sino de todo el equipo de trabajo la educación continua. Cuando entramos a un servicio de entrada nos capacitamos, posteriormente nos mandan a otro servicio y nos dan una introducción, no: sabes este es el servicio... y así, este es otro servicio... nunca acabas de aprender, entonces se nos fomenta la educación continua. Gestión ya lo había comentado, pero como que me quedo un poco corto. Sería la gestión al fomentar las redes de apoyo a los pacientes, es cuando nosotros permitimos que en el momento de la visita, en el momento del informe médico; se fomenten las redes de apoyo. Entonces, nosotros gestionamos esa parte entre institución-redes de apoyo para que ellos puedan ingresar al hospital y tengan su visita, los pacientes. Entonces tengan (en cierta manera) un sustento emocional, social para que ellos puedan tener una mejor evolución en su salud. No se... varias situaciones con vigilancia, coordinación con los doctores, coordinación con el enfermero, con intendencia, con los psicólogos. El área de psicología es innovador, entonces, nos ha costado como un poco de buena voluntad mostrar nuestra interacción.
- 6.- ¿Qué actividades son las que realiza?
Las actividades que realizamos... um, umm, serían: la coordinación cuando llegamos nosotros hacemos coordinación con nuestro equipo de trabajo, con las mismas Trabajadoras Sociales llegamos hacemos nuestra coordinación vemos nuestra libreta, nuestro instrumento de trabajo que en este momento es lo que nos dice sobre nuestros pendientes en turno o, del turno pasado o, de las actividades que se dejaron en algún momento. Llego; observo mi instrumento, hago coordinación con el turno anterior, voy hacer mi visita para detectar las necesidades sociales y médicas que tiene el paciente, hago lo que es el censo, posteriormente hago mi entrevista, hago el ingreso (si hay ingresos) al sistema administrativo hospitalario, que ahorita ya es otro a nivel: ya cambiaron el sistema antes era el SARN, ahorita ya es el SAMI. Realmente. No sé qué significan las siglas SAMI, pero antes era el sistema de administración...
- Primero hacemos el ingreso que consta de los datos del paciente y del familiar primario, no es la persona que se va a ser cargo del familiar, pero, es el familiar que en ese momento esta y nos proporciona toda la información necesaria para el paciente. Posteriormente se determina (hablo del área de urgencias y el área de urodinamia el cual me hice cargo) tenemos que observar y estar al pendiente junto con el equipo de salud si el paciente va a ingresar... si ingresa, yo tengo que, detectar donde ésta su red social y le llamo al familiar del paciente y le hago el ingreso.*
- 7.- ¿En qué consiste el ingreso?
El ingreso... ya que tengo la información que yo le comentaba al principio (datos personales, etc.) le vuelvo hacer la entrevista (un poquito más a profundidad) y ya entonces, ingresamos lo que es el estudio social (no es estudio socioeconómico) es estudio social. ¿Por qué?, Porque profundizamos un poco más: datos personales, ¿en qué trabaja?, ¿a qué se dedica?, ¿dónde vive?, etc. No realizamos visita domiciliaria, porque es un área de urgencias y es limitante el tiempo. Es ahí donde detectamos realmente a la red social primaria que sería: el papá, mamá, el esposo, la esposa, los hijos... ya en el estudio social ya se determina, no. Si se le da un nivel económico, pero ya lo avienta por de FAUL el sistema con las variables que vamos capturando. Se hace nota de ingreso, nota de seguimiento y nota de egreso. Nuestras actividades también consta de: cuando el paciente, es un paciente "caso médico legal" y, si el paciente caso médico legal quiere alta voluntaria; entonces, ahí también entran nuestras actividades para gestionar que el paciente se pueda ir de alta. Nosotros no gestionamos el alta, se la da el médico y yo tengo que estar en contacto con él y decirle: el paciente se quiere ir de alta. Explicarle: si tú te vas mira puede pasar esto, puede pasar lo otro... darles la orientación necesaria a él y al familiar para que este informado de los riesgos que ellos pudieran tener si se van y rechazan el servicio. Si ellos dan continuidad, ya nosotros hacemos coordinación con el médico, eso es en alta voluntaria. En un caso médico legal: tenemos que estar, igual, en coordinación con nuestros compañeros del MP (del Ministerio Público) afortunadamente nosotros lo tenemos aquí atrasito. Hacemos una llamada, tenemos coordinación... tenemos este paciente... eh... eh... mucha coordinación, mucha coordinación, estar al pendiente de las necesidades del usuario.
- 8.- En todo esto que me describes: entre las actividades y las funciones que veíamos; se van vislumbrando unos factores o agentes que es precisamente el Trabajador Social, el equipo de salud, los pacientes, la familia,... ¿cómo consideras la relación; por ejemplo, del Trabajador Social con el equipo de salud? ...como la describirías, en breve.
Um, umm, um. Yo creo que: en el pedir, ésta el dar y, como te dirijas a las personas se dirigen ellas a ti.
- 9.- ¿Hay algún tipo de jerarquías en el equipo de salud?
Si, en primer lugar siempre está el doctor.
- 10.- ¿Cómo consideras la relación del Trabajador Social con las familias, con el paciente?
Pues, yo creo. Ese, es un tema muy importante y muy bonito. La gente llega con mucho miedo a Trabajo Social; eso sí, hay que recalcarlo: ¡"con mucho miedo a Trabajo Social"! esté ocupada, de malas o esté comiendo, desayunando o, en una reunión. Entonces, eh, eh, si tú: por ejemplo, el paciente o el familiar

llegan a Trabajo Social con muchas dudas y si tú no tienes la voluntad de quererle dar alguna información que no sea tu módulo (porque hay un módulo de información) pero, si tienes realmente esa actitud de servicio le vas a dar la información aunque, no te corresponda. Entonces, el paciente, el familiar automáticamente pierde el miedo, te da la confianza y se vuelve acercar a ti y a lo mejor sea alguna función que tú tengas que hacer y, ya la haces de buena fe, de buena voluntad... como se pueda ver. Pero sí, llegan con mucho miedo. A través, de las experiencias que ellos han tenido en otras estancias hospitalarias: la trabajadora social es esto, lo otros... muchas cosas, no.

Bueno los familiares llegan porque pueden ser referidos por el mismo doctor o, por el mismo enfermero: vaya a Trabajo Social e infórmese. O, ellos llegan con dudas: ¿dónde puedo encontrar este servicio?, ¿en qué hospital me pueden atender esta enfermedad?, ¿qué puedo hacer con mi paciente se quiere ir de alta voluntaria?, me dieron este... tengo que irlo a dejar al MP... vienen con muchas dudas; entonces, creo que llegan más para que les des orientación, la orientación correspondiente.

- 11.- ¿Cómo es la relación o la dinámica que se vive entre un Trabajador Social y otro Trabajador Social?
Yo creo, que... eh, eh, es la pregunta del millón. Porque... ¡hijole!, mi experiencia si en ese aspecto si fue muy pesado, si fue muy duro ¡hijole! La vida, la oportunidad no sé, que haya sido (para mí fue Dios) me dieron la oportunidad de hacerme cargo de un servicio y tener la autorización de tomar decisiones; pero, muchas veces en el lugar de darte la orientación correspondiente y continuar con tu aprendizaje, te estancan. No sé a qué se daba (criterio propio) miedo a que tu sepas más que yo, miedo a que tú se has más joven que yo, miedo a que la vayas a regar más feo que yo, que no pases lo que yo pasé... probablemente; pero, muchas de las veces sí, se torna pesado, se corre mucho la no voluntad de ayudar; o sea, si tengo la voluntad de ayudar a la demás gente, pero a mis propios compañeros no.
- 12.- ¿Cómo se origina Trabajo Social?
No lo identifico. Pero, yo creo que todo parte de una necesidad de una parte... Necesidad social, a lo mejor médica. Yo considero que nosotros partimos de esa lucha política, de la revolución, de la independencia; cuando están en una lucha y necesitan ese apoyo social. Cuando estás en un objetivo, porque nuestra carrera no nada más es en el área de la salud tenemos varios campos de trabajo. Entonces, tan solo que tú, te unas en una marcha o en una manifestación con o sin violencia en estos tiempos es parte de Trabajo Social, porque te estás unificando a un criterio que probablemente el día de mañana tenga alguna solución. Lo vemos en el hecho de que las mujeres anteriormente no votaban, hoy, sí. En algún momento dado un puñado de gente se unió a una manifestación para que se nos hiciera caso o, se les hiciera caso y los resultados de Trabajos anteriores hacen que podamos el día de hoy... votemos.
- Las necesidades de la misma carrera, yo considero que han hecho que nuestra carrera de ser comercial pasara a técnica y, ya tenemos la oportunidad de que haya una licenciatura en nuestra formación porque las mismas necesidades de la sociedad: la salud, la política, etc. Han hecho que nosotros tengamos la necesidad de formalizar la carrera, un poquito más profundo, más ético, más profesionista, más profesional (perdón). Creo que todavía existen Trabajadoras Sociales en algunas instituciones de salud con carrera comercial; yo todavía me tope en la semana con una compañera de carrera comercial, o sea no llegaba a técnica y, posteriormente la formación técnica y la formación de licenciatura a través, de las necesidades, ya estamos más formales.*
- 13.- En esa transición, en algún momento se da lo que se conoce como la profesionalización o, la nivelación que precisamente estas compañeras técnicas tienen la oportunidad de estudiar la licenciatura y entonces, tienen el mismo grado. ¿Qué piensas de eso?
*Todos tenemos las mismas oportunidades (mi formación hace tiempo yo estuve en una casa hogar para ancianos) y conocí una Trabajadora Social del Estado de Sinaloa, era técnica y yo tuve la oportunidad de trabajar con ella; y, ella hacía su trabajo social de una manera tan fervorosa. Siendo técnica probablemente ella se saltaba muchas trancas, muchas barreras que la misma institución te va poniendo; pero, ella buscaba la manera de como... (El objetivo principal era ayudar al abuelo en ese momento, al necesitado) el abuelo decía: quiero hacer esto... y a través de la necesidad llega esa parte de la nivelación y dice: si tengo la oportunidad la voy a garrar, no. Muchas personas estaban en desacuerdo, pero solo las personas que trabajaron en ese momento al lado de ella: ¡adelante, no!
En ese momento había licenciadas que obviamente habían cursado sus tantos años de preparación, pero no tenían el mismo objetivo de ayudar a la gente. Entonces, parte de ahí. Porque tú podrás tener tus tantos años de preparación en una licenciatura, pero: ¡no sirves para servir! o sea, ¡no, no... sirves para vivir! Entonces, yo tuve la oportunidad y aquí en el hospital vi a varias personas que se nivelaron: ¡hijole! Mejor te hubieras quedado así. Todo depende del punto de vista, es muy subjetivo eso.*
- 14.- ¿Cómo defines el Trabajo Social?
¡Como defino Trabajo Social! Trabajo social es la oportunidad que nos da una profesión. Nos da la sociedad de poder intervenir a nivel profesionista y poder colaborar con nuestro granito de arena para una mejor sociedad; con métodos, con instrumentos porque es necesario si eres profesionista debes de tener el apoyo de tus métodos y técnicas de los instrumentos. Pero, siempre con la finalidad de servir a la gente.
- 15.- Y por último: ¿consideras que Trabajo Social todavía tenemos retos?
Considero que si vas por la vida siendo profesionista o, presumiendo que eres licenciada... pues nunca vas a llegar a la coronación. Vas a llegar a la coronación, yo creo, cuando una gente... una persona a la que tú ayudaste te diga: muchas gracias (te de la mano) que excelente trabajo realizas, que gran apoyo me diste. Y que puedas estirar la mano y que ella te la dé. Yo, creo que en ese momento es cuando coronas parte de tu función. Pero, las necesidades son muchas y a través de la sociedad...y, la sociedad

tan grande que nosotros tenemos hoy en día... eh, eh, creo que es cuando coronamos: cuando una persona esta agradecida. Y las necesidades nunca se acaban y, menos en esta ciudad tan grande.

ENTREVISTA 4.

DATOS GENERALES

EDAD: 57 años

SEXO: Mujer

ESCOLARIDAD: Licenciada en trabajo social

OCUPACIÓN: Trabajadora social área médica C

- 1.- Quisiera que empezáramos... si nos puede contar: ¿A qué se dedicaban sus papás? ¿Qué escolaridad tenían?
*Bueno, pues primero gracias por darme la oportunidad de contar un poco de la vivencia en este hospital de la práctica en Trabajo Social. Pues, ¿a qué se dedicaban mis papás? Mi papá fue un hombre de mucho trabajo (digo en su época) ahorita ésta enfermito. Él mismo dice que todos sus hermanos terminaron la primaria y alguno que otro la secundaria; pero a él no le gusto la escuela, prefería salirse de la escuela e irse a trabajar al campo, a él le gusto vivir en el campo y solo llego a estudiar hasta segundo de primaria. Nosotros le preguntábamos: papá hasta que año estudiaste y nos respondía: yo no pase de ni la primaria. Cada año escolar al que ingresaba, (cuando empezaban los trabajos del campo) se salía por ir a trabajar al campo. Pese a que su abuelita le pagaba una escuela de monjitas, que estaba en el pueblo, ni siquiera iba a la escuela de gobierno que estaba en el rancho. Y, él sé dedico todo ese tiempo al campo. Ya cuando se vino a México: entro a trabajar en...
Llega a México y entra a trabajar (se viene toda su familia; primero se vinieron unos hermanos, luego otros y hasta al último se vino con sus papás y una hermana, la más chica) en un tallerito (él estaba muy joven, tendría como unos doce años) en donde hacían figuras de yeso, de ahí hace algunas otras cosas hasta que entra a trabajar a la fábrica (de donde se pensiono) y dice que le gustaba mucho. Él era de trabajo, tenía amigos, le gustaba la parranda y siempre nos recalca (hasta la fecha) "yo nunca falte a mi trabajo y nunca llegué tarde". Y pueden ir a preguntar ¿cuántas veces me castigaron o me regresaron por llegar tarde?*
- 2.- En la fábrica ¿qué hacía?
Él trabajaba el torno y como éramos muchos no alcanzaba el sueldo que él tenía (lo recuerdo como ayudante de otro compañero que tenía en la fábrica) era ayudante de albañil con los familiares o amigos que recomendaba con su amigo. Y, después, de la fábrica se iba a trabajar con su amigo en la albañilería. Entonces, lo recuerdo de albañil, de chalan, yéndose a trabajar con mi tío en los jugos. En la mañana se iba con mi tío a los jugos y por la tarde a la fábrica. Él, ya ésta pensionado; se pensiona y se sigue a trabajar con los jugos.
- 3.- Su mamá ¿a qué se dedica?
Mi mamá no trabajo. Ella estudio hasta el tercer año de primaria y ella dice que le gustó mucho la escuela, le hubiera gustado estudiar, anhelaba y se soñaba estudiando; pero, para ella las circunstancias fueron diferentes. Mis abuelos eran de Tlaxcala y mi abuelo trabajaba en una fábrica en la cual se iba toda la semana y regresaba a casa solo los fines de semana. Y cuenta mi mamá que contaba mi abuelita que mi abuelo se volvió muy desobligado y muy mujeriego. Y entonces, pues no le daba dinero a mi abuelita, a veces no tenían ni para comer. Y mi abuelita, decidió venirse a México con sus hijos. Le comenta a su suegra y ella le dice: si hija, ya veo cómo te trata este hombre que ni a, mí me respeta y no puedo hacerlo entender cuál es su responsabilidad. Sólo te digo que te llevas cinco hijos y, cinco tienes que conservar; ni uno más, ni uno menos. Se vino para México, sin estudios, sin nada, a la buena de Dios con un pariente de ellos, le dieron alojamiento en una casa, ella empezó a buscar trabajo y lo único que sabía hacer era echar tortilla a mano (ella dice que en ese tiempo se tenía un comal grande para echar tortilla) a veces, con una maquinita y la mayoría a mano. Entonces, empezó a buscar trabajo en las tortillerías y a sus hijos los dejaba solitos (estaban chiquitos). Dice mi mamá que ella y su hermana con su hermanito andaban en la calle jugando. Rentaba un cuarto y mi abuelita vivió esos primeros años (ahora sí que...) de la caridad de la gente. Ella trabajaba, pero no le alcanzaba, le cobraban poco de renta. Dice mi mamá que se acostaban en el suelo. Se dedicó a las labores domésticas, hasta que estuvo más grande y entro a un taller de costura. Se casa y deja de trabajar y ya se dedica al hogar.
- 4.- ¿Cuántos hermanos tienes y a que se dedican?
*Éramos siete y murió uno, entonces, quedamos seis.
Mi hermano mayor: él tiene un doctorado, estudio literatura y lenguas hispanas, él hizo su maestría y su doctorado en Estados Unidos, busco becas, él desde la casa ayudaba a mis papás (mi mamá con la necesidad económica siempre enseñó a trabajar y les busco una actividad siendo prioridad la escuela y decía: yo no tuve la posibilidad de estudiar y yo quiero que ustedes estudien) mi hermano Rafael (como te digo todos mis tíos tenían mercerías y nosotros en algún momento también trabajamos con ellos, los sábados, domingos, las vacaciones, etc.) el primer trabajo que tuvo fue en una tienda de CONASUPO. Es profesor en la Universidad de Estados Unidos ejerciendo su profesión.
Luego sigue el que le sigue no termino el Bachillerato porque debía materias, los jugos, ya hasta que mi mamá lo mete de lleno al negocio de los jugos.
Luego sigue una hermana que estudio Historia en la academia de historia. Ella siempre ha trabajado, ahorita ésta en CONACULTA, ha trabajado en museos, estuvo como administradora en el museo Diego Rivera, ahora trabaja en una librería es encargada de eventos...
El más chico. Él, estudio la secundaria y no terminó la prepa, se dedica igual al negocio de los jugos.*
- 5.- ¿Cómo decide estudiar Trabajo Social?

El primer contacto que tuve de Trabajo Social lo tuve con mi mamá, ella decía que el Trabajo Social era una carrera muy bonita. Ella tenía una conocida que estudio Trabajo Social y tenía... decía que yo era muy sociable, que yo tenía un carácter bonito, que a, mí me gustaba socializar con la gente, que me gustaba ayudar mucho a la gente. Cuando yo termino la secundaria y yo quiero entrar a la prepa, entonces, hago el trámite para entrar a la prepa, me quedo en la prepa dos que estaba en el Zócalo y me quedo en la tarde (te estoy hablando como de hace cuarenta años) entonces, el transporte para donde vivíamos era muy complicado (para Neza) y dice mi mamá ¡cómo su hijita, la más chiquita! (tenía catorce años) iba a venir de noche en el j"chimeco"! exponiéndome y el peligro... total que no me dejo ir; hicimos un intento por un cambio de turno, de plantel, de escuela al CCH que me quedaba más cerca y no se pudo. Ese año no estudio y ese año nace mi hermano de hecho (nace cuando yo termino la secundaria) ese año me dedique a cuidar a mi hermanito, pero no fui a la prepa por eso. Y, una vecina que teníamos, una amistad de mis papás (ella no ejercicio porque se había casado) me platicaba mucho del Trabajo Social. Y, luego una de mis tías, esposa de uno de los hermanos de mi papá (que te digo que eran comerciantes y vive por ahí mismo) mete a una de sus hijas al internado para la primaria, no, para la secundaria y en esa escuela también se estudia Trabajo Social y era: la primaria, la secundaria y la carrera técnica de Trabajo Social. Mi prima entra a la secundaria y mi tía me empieza hablar: vamos a la escuela para que la conozcas. Y, entonces, me llevaba a la escuela y me decía: ¡qué, bonito! (mi mamá y mi tía estaban confabuladas para que yo entrara, ahí) y mi mamá me decía: yo quiero que entres ahí, yo no pude estudiar, yo no quiero ver a mi hija aquí en la casa y pensaba (tengo aquí a sus hermanitos chiquitos, al bebé y si la dejo aquí en la casa no se va a concentrar para estudiar y si la meto al internado me distraerá otra distracción: nada de que el niño, la comida, la casa, el quehacer; sino, solo para que estudie... ni modo aunque yo renuncie a ella toda la semana... ni modo) y me pongo a pensar: ¡ah sí, que padre! Sin hacer quehacer... pero luego digo: no yo quiero tener novio y estar internada... no, yo no quiero estar internada. Y me dice mi mamá: metete de internada y luego te cambias a externa, es más fácil, porque si quieres ser externa y luego interna es más difícil. Y, me dice mi tía: es más fácil que de interna te pases a externa, porque de externa a interna luego ya no hay cupo... total que me lavaron la cabeza y hago examen para interna: ¡me quedo!

Yo decía, que sí quería estudiar Trabajo Social, pero lo que no quería era estar internada.

- 6.- ¿Qué era lo que le motivaba continuar estudiando Trabajo Social?
Pues lo que me platicaban: ayudar a la gente, que era muy sociable y ayudar a las personas necesitadas o a las que te lo piden que las ayudes, no. Las pláticas, las Trabajadoras Sociales en los hospitales, las visitas a las casas, etc. Y cuando yo iba a entrar al internado fue una Trabajadora Social a la casa hacer el estudio socioeconómico para ver cuánto iba a pagar. Entonces, ese era el acercamiento que tenía hacia Trabajo Social.
- 7.- Puede describir su trayectoria laboral.
En el '80. En casa yo sabía que había mucho apuro económico y, yo decía: yo tengo que apurarme a trabajar, ya termine y tengo que ayudarle a mi papá... a ver que hago y como le hago. Y la maestra nos dijo que lo primero que teníamos que hacer era el servicio social (tengo que buscar a donde) y que le hablo para ver si aquí podía hacer mi servicio social y, me dijo: ¡claro que sí! Vente. Y me recibió con mucho cariño, ella me abrió las puertas aquí; me dijo como iba a ser, le dio mucho gusto. Hago mi servicio en julio, iban a ser seis meses y... en... agosto de ese mismo año ('80) me dan mi primer pago pequeñito, una gratificación. Yo empiezo hacer mi servicio y me dan una suplencia como de quince días (pequeñita) y... ya en octubre me dan una maternidad (eran tres meses) aunque no has terminado (me dijo la maestra) vas a suplir y a firmar tu primer contrato y no importa yo te doy tu carta de liberación de servicio social y entonces, empiezo hacer suplencias y así, me seguí aquí.
- 8.- ¿Ha sido su único trabajo?
Sí, mi único trabajo.
- 9.- ¿Qué cargos has tenido durante esos treinta y cinco años que está trabajando?
Trabajadora Social operativa y luego ya, supervisora...
- 10.- Puede describir su trayectoria académica.
Primero hago un diplomado como en el '98; en los servicios de salud. Hubo un convenio con la universidad y la coordinación de los servicios de salud para impartir un diplomado a supervisoras de Trabajo Social entre los institutos y ahí entro yo y, otras dos compañeras de esa época ('98 más o menos 99) Hago el diplomado y luego ésta a opción de la licenciatura. Para esto empezó el programa de hacer la licenciatura con nivelación (pero dije: no, porque... bueno primero dije que no me iba a quedar, aquí toda la vida y que me iba a jubilar cumpliendo los años requeridos de servicio... empiezo aquí por este tiempo, luego busco otra cosa y así... busco otro empleo y después otro. Pero, no. Me fui envolviendo, me fue gustando y luego dije que cuando cumpla el tiempo para jubilarme, me jubilo) Entonces, cuando empezó esto lo hicieron otras compañeras y ya después dije que entonces si lo iba a tomar, pero luego dije: pero no... estoy muy joven y tome la licenciatura.
- 11.- ¿Cómo fue este proceso de nivelación?
Cuando yo ingreso aquí, no había hecho la prepa y otras compañeras ya estaban estudiando la prepa o el CCH. Entonces, yo salía de trabajar a las cuatro y ya no hacía nada. (Mi mamá todavía no entraba a trabajar) "que aburrido, yo tengo que hacer algo". (Y estaban mis compañeras estudiando) entonces dije: hay no, yo me voy a meter a estudiar, yo no sé si me voy a casar, si no me voy a casar, si tenga otras oportunidades de trabajo o no, ¿qué va a pasar más adelante? Si tengo ganas de cambiar de trabajo (tenía yo poco de haber entrado aquí) y... decido hacer el examen para ingresar al bachillerato y hago el examen para CCH (que en aquel entonces tenía cuatro turnos) pido el cuarto turno y me quede. De aquí salía y me iba al CCH de cinco a diez de la noche. Lo termino y entro a Trabajo Social en la UNAM, para

esto se dan dos situaciones: en CCH conozco a mi esposo y ya en la licenciatura me meto primero a Pedagogía. En ese tiempo solo había dos licenciadas aquí en el hospital. Y yo decía: estamos haciendo lo mismo, ganamos lo mismo tengo mi carrera técnica en Trabajo Social ¿para qué me meto a licenciatura en Trabajo Social? Si va a ser lo mismo. Por eso decidí estudiar Pedagogía, con la finalidad de enfocarme a la parte educativa y me complemento como Trabajadora Social, pero, se me complica mucho estudiar Pedagogía porque me toca hasta Aragón: salía yo de aquí y no alcanzaba llegar a mis clases y finalmente dije: fue un error, voy a pedir mi cambio a Trabajo Social. Terminó mi primer semestre y pido mi cambio a CU en Trabajo Social; esta cerquita, es una zona que ya conozco y mi esposo estaba en Contaduría. Pero, ahí se da la situación de que me caso mi esposo decía que seguía estudiando y yo que seguía estudiando, pero, no; ya estaba yo embarazada esperando a mi hija y me quede en segundo semestre.

- 12.- ¿Qué fue lo que te motivó para hacer la nivelación?
En el 2009. Yo creo que ya me iba a ir. Pero, cuando decido ya no jubilarme estaban las mismas categorías, todavía no por ser licenciada ganabas más o por ser técnica ganabas menos. Entonces, decido seguir estudiando la licenciatura porque iba a seguir aquí. Y a mí me podía mucho no estudiar una licenciatura.
Porque para mi mamá estar en la universidad era así, como lo máximo: ya es un licenciado, un ingeniero, un arquitecto ya es... como universitario. Si puedo tener un título universitario y tener más conocimiento en esto lo voy a tener, lo tengo que tener. Y por eso decido y cuando termine la carrera mi mamá estuvo muy feliz. Bueno estuvo feliz desde que le comente que por un año y medio iba a estudiar para ser licenciada y estuvo feliz.
- 13.- ¿Cómo percibías a las licenciadas cuando entras?
Yo, las veo igual. Hacíamos las mismas funciones, las mismas cosas, las mismas actividades y teníamos el mismo sueldo y otras compañeras que estaban estudiando, estudiaban otra carrera diferente a Trabajo Social.
Cuando llega en el 97 el primer bloque de licenciadas son muy bien acogidas por la jefatura, porque venían con iniciativa, con mucho entusiasmo de trabajo (como nuevas) y la jefatura las acoge con la mentalidad de que el departamento va a crecer (la jefe que estaba en ese momento era muy comprometida con la profesión al igual que una supervisora que fungía como subjefe) nosotras las supervisoras igual. Para esto llegan las licenciadas y la jefe (tenía poca aceptación, en general por el departamento) no era bien aceptada y entonces; se da una crisis, el grupo de organiza para buscar su destitución con el apoyo de sindicato. Para eso van entrando el bloque de licenciadas con esta fractura y se abren oportunidades para la supervisión, porque las que estaban se van jubilando y las trabajadoras de base no aceptan la supervisión y la jefe acepta y pone a una chica de estas que van llegando como de manera temporal y llegan dos licenciadas de fuera a la supervisión y con esta otra chica que ya estaba y, yo. Ya éramos las cuatro supervisoras que en ese tiempo estaban. Destituyen a la jefatura y a la supervisora que no tenía base también, a las dos que venían de fuera las presionan, las presionan hasta que se van; y yo no, a pesar de ese hostigamiento y esa presión para que yo renunciara a mi plaza y a la supervisión. Y, esas primeras licenciadas que habían llegado se van. Hasta en el 2000 que llega un grupo numeroso de licenciadas y digamos que de ahí, es donde empieza este querer ganar más reconocimiento por tener la licenciatura que las técnicas, a pesar de estar en el mismo plano en cuanto a la misma categoría, salario, estábamos igual. Sin embargo, ellas pugnaban por tener más reconocimiento por tener la licenciatura. Se les vocea y piden que se les vocee como licenciadas, y una serie de situaciones, que se dan a nivel de gremio, no. En querer menos a las Trabajadoras Sociales Técnicas y sobre todo en la relación con el equipo médico, de salud y psicólogo; en este plano evadir actividades que pretendían o decían que no les correspondían: búsqueda de pacientes, gestión para estudios de pacientes, visita por fuera a los pacientes (porque anteriormente hacíamos eso) y... empezaron así: esto no me toca porque soy licenciada. Y empieza como este ambiente y se pierde el estatus que teníamos Trabajo Social en el equipo de salud. Porque era de: eso no me toca, eso yo no hago, no voy a la visita médica, que el médico en general me venga a buscar porque somos iguales. Empieza a perder Trabajo Social porque lo hacen a un lado: antes exigían que estuviera Trabajo Social en la visita y ahora si ésta o no esta da lo mismo.
- 14.- Finalmente llega este proceso que también fue un programa que se hizo para la nivelación, que se logra tener el mismo grado académico de licenciatura...
Te digo que cuando empieza este programa de nivelación no había esa diferenciación de Trabajo Social, más bien se iba por la iniciativa, la creatividad. Hubo muchos grupos que se unieron para pedir a las universidades esta parte de nivelación; recuerdo que se acudió a la UNAM y la UNAM dio la negativa, y se acudió a... la primera universidad que me acuerdo que hizo este programa fue la UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA y en ese programa me iba a inscribir yo (en los '90s) finalmente ya no me inscribí y se inscriben tres compañeras, dos deserten y una si logra terminar, no en el tiempo que estableció la universidad, pero sí lo logra. Con esta experiencia que se tiene y al ver que la UG no cumple con todo lo establecido en el programa, se busca con la UNIVERSIDAD DE SINALOA Y LA UNIVERSIDAD DE TAMAULIPAS y ahí se empieza a nivelar.
- 15.- Cuando se logra por cualquier de los programas el grado de licenciatura ¿se reconocía el grado académico?
No, siempre nos han visto y nos hemos visto como técnicas. Esta parte también se dio porque la jefe que llego (después de la unión de grupos para destituir a la jefe y se van también las licenciadas que habían llegado como supervisoras y ya finalmente se van) es licenciada, egresada de la UNAM y profesora de la UNAM y entonces, ella le empieza abrir la puerta a los licenciados y ella también empieza hacer este énfasis de los licenciados y técnicos. Entonces, yo creo que la nueva jefe también tuvo que ver para que de alguna manera se favoreciera ese ambiente, solo que ella les decía: no es su momento todavía, pero esto se va ir dando poco a poco, no es todavía su momento para que...

Pero, si hace esta distinción y entonces los licenciados en Trabajo Social empiezan a querer a sobre salir a buscar su reconocimiento. Aquí lo que yo creo que fallo con los licenciados es que, lo hablaban en el discurso: soy licenciado, exijo mi reconocimiento como licenciado. Pero, a la hora que hago mi trabajo no hago notar esa diferencia entre lo que hace el técnico y lo que hace el licenciado y finalmente, los licenciados que llegaban terminaban haciendo lo mismo y diciendo: esto no lo hago, esto no lo hago... en lugar de decir: esto sí lo hago, esto sí lo hago, esto sí lo sé hacer y esto voy hacer; hacían lo mismo. Ahí estubo creo yo el error.

- 16.- ¿Cuáles son las funciones que has desempeñado? (primero como operativa y después como supervisora)
*Lo primero como operativa las funciones sustantivas: la valoración, la evaluación de las familias a través del estudio social, del estudio socioeconómico (ahora le llamamos estudio social) donde no solo veíamos lo que podían pagar y asignar un nivel; sino, lo veíamos como el estudio social para analizar la situación de las familias enfocado a la dinámica, a la problemática de la familia del paciente, como identificar esos problemas que están involucrados con la enfermedad del paciente o, que van a impedir que la salud se recupere, que van a obstaculizar que se recupere. Te puedo hablar que en ese tiempo no teníamos un catálogo de cuotas; ¿teníamos clasificaciones? Sí. Que nos arrojaba el estudio, pero, no así con una puntuación tan precisa, como las tenemos ahora.
No teníamos un manual de cuotas, teníamos una clasificación en cuotas (por decir algo) para la hospitalización... ¡nada más! Solo para la hospitalización, era por semana: usted va a pagar cincuenta pesos por la hospitalización a la semana (de tal fecha a tal fecha) y va a pagar cien pesos por servicios auxiliares... (qué incluye todos los servicios de laboratorio).
La otra era la educativa o sea, teníamos grupos en varios servicios había grupos de papás y trabajábamos con ellos la parte de la educación para la salud en cuanto al diagnóstico de sus hijitos, cuál era el diagnóstico que tenían que hacer ellos para... primero había platica del médico, del psicólogo, del Trabajador Social para informarles en qué consistía la enfermedad, los cuidados que tenían que tener desde el punto de vista del Trabajo Social: Qué cuidados deberían de tener en casa, la higiene de la casa, la iluminación, la ventilación, la alimentación...
La de gestión. Nos coordinábamos con las diferentes asociaciones, con voluntarios. Hacíamos muchas gestiones ante el DIF (sobre todo) y... era de ¡ir! Hacer la gestión directamente (ibas al DIF) a llevar el oficio, a pedir el apoyo directamente. Las visitas domiciliarias eran muy reconocidas por los médicos para conocer el medio ambiente de los pacientes. Cuando había una sospecha de tuberculosis tenías que hacer la visita domiciliaria para valorar las condiciones de alimentación, las condiciones de higiene, los focos de infección, se hacía un estudio que se llamaba estudio de como... que era el informe de la visita y era el estudio que se hacía a toda la familia. Los canalizábamos al centro de salud para que les hicieran los estudios necesarios para identificar los posibles focos de infección.
Los enlaces en las escuelas de los niños, con los profesores... de verdad hacíamos muchas funciones en Trabajo Social.*
- 17.- Hasta el momento ¿seguimos haciendo todas esas cosas?
No.
- 18.- ¿Cuáles son las funciones desde la operación se realizan en este momento?
*Ya no... se han dejado de hacer enlaces en las escuelas; se han dejado de hacer coordinación, ahora con la situación de que el familiar tiene que ser autogestivo y solamente le dices que busque opciones o que vaya al DIF o que asociaciones le pueden apoyar y, ya no hacemos esa coordinación de institución a institución: llamada, visita, oficio que se necesita para pedir el apoyo. Visita domiciliaria se hace, pero solamente con el sentido de reclasificación; no para conocer el medio ambiente de la familia, qué focos de infección, que aspectos o, qué condiciones de la familia.
La educación para la salud: ¡no tenemos grupos!*
- 19.- ¿cuáles serían las actividades que ente momento se hacen en Trabajo Social?
*¿Actividades?
Desde el área operativa.
¿Actividades?
Actividades.
Van los y las Trabajadores Sociales acuden a su servicio (ahora lo hacen, pero no todos) verificando camita por camita a ver que paciente tiene, lo que le llamamos tomar el reporte: tomar el reporte de la camita, ¡ah! tú eres Juanito, te internaste ayer, porque diagnóstico... y... en la camita tal a ¿quién tengo?... este me llevo, este ya se fue... a todos los niños que tengo en mi sala. Pasar el reporte ahora algunos lo hacen con el control de relaciones públicas, algunos lo hacen con los reportes de admisión, pero no todos lo hacen verificando en la sala camita por camita a ver que niños tienen. Este es reporte.
También no todo el personal acude a la visita médica con el médico para saber cuál es la situación de este pacientito, que diagnóstico ésta presentando, qué implicaciones sociales puede tener ese diagnóstico o más bien cómo las condiciones sociales pudieron haber influido para que se diera ese diagnóstico. El pase de la visita médica. Las sesiones con los médicos para el estudio de los casos, las evaluaciones sociales que se hacen para los pacientes que van a trasplante... no se están haciendo como deberían de hacerse.*
- 20.- Las funciones de la supervisión.
Las funciones de la supervisión: esta parte de educación por decirle de alguna forma, el promover el desarrollo, el crecimiento del Trabajador Social no solamente profesional, personal, sino, digo... en el ámbito escolar, de su trabajo profesional. Este análisis de casos es realmente hacer un estudio social y conocer realmente a la familia del paciente que si el médico te pregunta: ¿Cuántos hermanos son? ¿Qué hacen? Tú puedas responder que estudia cada hermanito o, si te pregunta: ¿los papás están trabajando? ¿Cómo están respondiendo? O, no tan solo porque te lo pregunte el médico, ¡caray!, es parte de tu

trabajo conocer... si tú, hablas de que haces el estudio socioeconómico de la familia es porque vas a conocer todo lo referente a esa familia: desde como la ésta pasando aquí en el hospital, ¿qué problemáticas se están dando en su casa porque la mamá y el papa están ausentes? ¿Porque no están atendiendo las indicaciones en casa? Entonces, esa parte, ese análisis, ese conocer realmente es parte del crecimiento profesional del Trabajador Social debe seguir analizando y estableciendo el diagnóstico de cada uno de sus casos, elaborar un plan. Uno como supervisor tiene en parte sensibilizar al Trabajador Social sobre todo esa parte y decir: bueno, qué va a pasar en este caso con la problemática de esta familia; cómo vas a orientar, cómo vas a promover a la familia a los integrantes de la familia; cómo vas a enfrentar o a solucionar la problemática que ésta enfrentando esta familia. No solo la enfermedad de niño, sino, lo que se deriva de la enfermedad del paciente, no. esa desde mi particular punto de vista una función del supervisor colaborar con el Trabajador Social en este trabajo que va siendo en el día a día, cómo lo vas haciendo, reflexiona, una plática reflexiva de lo que estás haciendo y que más puedes hacer, no. cuál es el plan que te vas a trazar y que favorezca a las familias y que realmente sea ese soporte, esa guía para las familias, no nada más dicho en teoría, sino el que encause a visualizar otras alternativas a las familias para que salgan adelante con otra forma de vida, esa es una función que las supervisoras promuevan el desarrollo profesional; en los diplomados, en especialidades, en las superaciones académicas, no. Otras de las funciones que creo que el supervisor debe de desempeñar es: ver la parte de la persona, no. ver ese desarrollo personal, que cumpla con esta parte de Trabajador Social, pero también que ésta pasando con él como persona. Ayudarle para ver que le ésta impidiendo para ver esta parte y potencializar todos sus conocimientos, sus habilidades, todas sus capacidades.

- 21.- Actividades de la supervisión.
Pues, um, um, um, ir a los recorridos por las áreas operativas, supervisiones individuales con cada Trabajador Social, supervisiones en grupo, revisión de los reportes escritos, revisión de los manuales, las notas de evolución, de los informes, las reclasificaciones.
- 22.- ¿Cuál es el origen del Trabajo Social? ¿Cómo surge la carrera?
La carrera surge con esta filosofía de ayuda al necesitado, con esta parte de ayudar al que lo necesita. Y nace de la caridad: "del amor al prójimo" Todos sabemos que tiene sus orígenes desde, Vicente de Paul con esta filosofía y luego viene...
En México, bueno... lo poquito que he podido rescatar es que tuvimos mucha influencia de Estados Unidos (lo que he podido leer, lo que he podido escuchar de otros profesionales que han podido ahondar en esa parte, el Trabajo Social tuvo sus inicios en Europa, sino, mal recuerdo desde Inglaterra en los 1800's y tantos, con las cofradías) a finales del siglo XIX por 1800's en América 1900's escribe dos libros: el diagnóstico social (Um... no recuerdo ella se basa en una (espérame ahorita te digo) metodología, este socio-médica en donde ella le da al Trabajo Social de casos la misma estructura que el médico: la investigación de los síntomas del paciente, el diagnóstico al tratamiento pero, lo aplica al Trabajo Social. Investigación, diagnóstico y plan para el tratamiento. Y, yo creo que fue mucha influencia para nosotros. Aquí, a principios de siglo... el Trabajo Social surge en las instituciones de salud, en los hospitales como el General donde eran personas al principio como voluntarios: grupos de damas voluntarias y grupos de enfermeras que eran las enfermeras visitadoras que visitaban a los enfermos en sus hogares como para ver esta parte del medio ambiente y la higiene del paciente (de la parte sanitaria) y la dama voluntaria era como para visitar y valorar la ayuda que esa persona estaba solicitando. Entonces, se da en el ámbito de la beneficencia y en el ámbito de la salud; se da con personas meramente empíricas, bueno con el enfermero y luego, viene después de la Revolución cuando se empieza a conformar la beneficencia se empiezan a dar cursos como de capacitación para que estas personas tuvieran una formación y una visión más objetiva de lo que estaban haciendo. Y, entonces, después ya surgen las primeras escuelas de Trabajo Social en México (no me preguntes cuál porque no lo recuerdo) pero si sé, que en la universidad en la parte de economía doméstica surge el Trabajo Social se dan los primeros beneficios... creo que hay una escuela antes de la Universidad que ahorita no recuerdo...
Surge primero empírico y después nivel Técnico, bueno... primero empírico, luego unos cursos, capacitaciones, después nivel técnico y ya en la universidad... que cuando yo supe que la directora de Trabajo Social había sido maestra en la universidad: ¡pero si ella no era licenciada porque fue! Ya, después, conozco ya esa parte. Surge como doméstico, nivel técnico y después en la Universidad y aquí en el hospital surge... se habla de la cuna del Trabajo Social aquí porque a la beneficencia... (Déjame te digo brevemente).
El doctor (nuestro primer director) digo... nuestro fundador: él, antes de ser el fundador de este hospital él (él tenía una relación muy cercana con el presidente Lázaro Cárdenas porque además fue el pediatra de su hijo) empieza con esta solicitud: hacer un hospital de niños por la necesidad que había y él empieza como a conformar un equipo y ese equipo se va a Estados Unidos para capacitarse en la Pediatría para venir a ser los iniciadores de este hospital. Entonces, él, primero estuvo en la dirección de Asistencia Social (antes de llegar aquí) y eso favorece que haya Trabajadores Sociales ya con esa formación para el servicio que se requería en la beneficencia, en la Asistencia Social, en ese momento. Entonces, cuando ya se concreta su sueño de que se funde el hospital infantil, llega una Trabajadora Social que es iniciadora del departamento de Trabajo Social (solo lo organiza y es muy corto el tiempo que ella ésta aquí)...
- 23.- ¿Cómo es la relación de Trabajo Social con el paciente, la familia?
Bueno, déjame regresar un poco al anterior. Yo no podría como Trabajadoras Sociales estamos eeehh, visualizando a las personas sujetos de asistencialismo porque la misma persona ya no se mira así, "como desvalida, como impotente", no. Las personas, la sociedad ya no son las mismas de hace treinta años, cuarenta años. Ahora creo que hay un poco más de conciencia social en las personas, aunque, (en general) nuestro gobierno; es un gobierno que sigue pro viendo solo asistencialismo. Sin embargo la

sociedad, las personas ya no están en esas condiciones de ser solamente y esperar solamente la caridad de aquellos que quieran darles...

Sobre todo como Trabajadores Sociales, creo que tenemos un compromiso muy grande con la gente, con la familia y tenemos el compromiso de despertar conciencia en las personas, de despertar conciencias en todos los sentidos, o sea, de ayudarlos a visualizar todo el potencial que como ser humano tienen y trascender sus condiciones de vida. Creo que nosotros tenemos esa tarea, ese compromiso con las personas; entonces, nuestra relación con las personas no llega a esa magnitud. ¿Qué hacemos? Queremos aventar al ruedo a la gente, pero sin herramientas, sin ayudarlos a reconocerse. Sino, solamente: ¡vayan! Pero, no les digo como, no les digo como pueden ver sus fortalezas que tienen para que ellos se sientan con esa convicción, con ese poder de: "yo puedo lograr esto... trascender aquello" es algo muy complejo que va más allá de ser simplemente Trabajadoras Sociales. Creo que nuestra tarea va más allá de trabajar con el individuo, con la familia; sino, trabajar con la comunidad, a nivel de grupo. Aquí en el hospital tenemos familias ya no es trabajar con la mamá, con el papá, con el paciente... de manera separada, sino, formar grupo. Trabajar en grupo y potencializar las capacidades de las personas y en grupo podíamos conseguir más.

- 24.- ¿Cómo es la relación del Trabajador Social con el equipo médico?
*¡Ah, ah, aaahhh! Pues, ummm... no creo que haya una sola forma de relación; creo que en algunos casos es desafiante, en algunos otros casos es evasivo...
El médico y si podríamos de estar jactados aún poquito no, no, digamos del equipo de salud, no al mismo nivel, una parte importante de este equipo de salud no creo que esa parte sea devaluada.*
- 25.- ¿Cómo nos encontramos en este momento?
No creo poder decirte que... en general creo, que hemos dejado de ser una profesión sustantiva en el equipo de salud... en donde ya la opinión del Trabajador Social, su aportación ya no es tan valiosa y por eso se puede prescindir de él.
- 26.- ¿Cómo ves la relación de un Trabajador Social con otro Trabajador Social?
*Muy mal. Es una relación de rivalidad (creo yo). De una competencia en donde yo quiero ser el mejor. Y... no te miro como mi colega, como mi igual. Me quiero ver por encima de ti; aún entre profesionales con licenciatura, aún...hay esa lucha entre: yo soy mejor que tú.
Es esa parte de... descalificar, de... no permitir que avances, yo tampoco avanzo porque no ésta en mi prioridad. Cuando he hecho la propuesta algún Trabajador Social, (sobre todo Trabajadora Social porque hemos trabajado más entre mujeres, porque hay pocos varones) Cuando he escuchado esas... quejas de yo no hago esto, esto no me toca, o, no me valoran, no me reconocen o, yo soy mejor que tal persona por ser licenciada o tener mejor preparación académica... cuando he escuchado eso; le he sugerido, le he invitado: porque no miras esto, puedes participar en esto otro, porque no muestras lo que tú sabes, tu estás preparado, porque no propones esto otro, has este planteamiento, este programa de trabajo para tal situación... Entonces, vienen y me dicen: no es que ahorita no puedo, es que mi hijo, es que mi hija, no es que tengo otros planes, ahorita no puedo... Surgen los pretextos. Cuando invitas a alguien: propón esto o aquello, bueno, no con estas palabras... tú puedes dar esta investigación, puedes proponer este proyecto...entonces: no se puede, no se puede.*
- 27.- Ya para cerrar. ¿Qué retos tiene Trabajo Social en adelante? O ¿ya, llegamos a dónde teníamos que llegar?

Hay muchos, no. Yo no quiero ser pesimista, pero tampoco quiero ser derrotista, pero... en esta forma en qué estamos dejando al Trabajador Social en las instituciones, en un futuro podría desaparecer el Trabajo Social en las instituciones. Porque, además hay otros profesionales que van surgiendo y van haciendo lo que nosotros dejamos de hacer y... a lo mejor con más efectividad.

Retos sí, creo que hay muchos: primero, desarrollar una conciencia de gremio, una conciencia colectiva de gremio y un reconocimiento a mí, como Trabajador Social, a mi como profesional, reconocimiento a mi gremio y entonces, sí, trabajar en colegiados para poder engrandecer al Trabajo Social. Hacerlo destacar, de... Plantarnos en los niveles de dirección, en los niveles de políticas, en los niveles sociales. En los niveles de poder hacer planteamientos a Macro para poder sobresalir los Trabajadores Sociales, demostrar. Y, dejar de lado esta rivalidad absurda; esta competencia negativa, destructiva (diría yo) que no nos va a llevar a ningún lado, no. Es grato encontrarte con otro colega con el cual encuentras afinidad con lo que es el Trabajo Social o consideras que hace Trabajo Social que como trabajadores sociales estaríamos haciendo. Y, yo con mucho orgullo (ya te lo he dicho) que cuando he asistido a los cursos, a los talleres, diplomados, conferencias y escucho a otro Trabajador Social que ésta comprometido, a nivel licenciatura y que ésta envuelto en lo educativo, en la enseñanza, en organización del colegio de Trabajadores Sociales...y los escucho hablar de lo que es el Trabajador Social: me siento muy contenta, orgullosa de lo que es mi profesión, de cómo la concibo y de cómo la he desempeñado. Porque dijo: escuchar hablar al Mtro. Elí Evangelista, al Mtro. Carlos Arteaga en conferencias y: yo, y, y, yo estoy de acuerdo. Y me digo: ¿por qué los licenciados que han tenido a estos profesores, salen con otra concepción de lo que es el Trabajo Social? ¿Por qué? Yo no hago esto, yo no voy a ser dependiente a la gente, porque yo le dé un oficio para que... y hacer yo una coordinación con una asociación o con una oficina gubernamental donde pueden darle un apoyo, acudir el familiar para que puedan darle una gestión donde puedan darle un bien, un beneficio para su situación. No es hacerle dependiente, no es ser paternalista. Si yo hago la coordinación y le doy un oficio no es hacerla dependiente a decirle: mire vaya a buscar una asociación donde usted vea que le pueden apoyar, vaya al DIF, vaya a alguna otra asociación... y ¿a dónde la busco? Voy al INTERNET, pero si ni saben leer... vaya a buscar a INTERNET. Recién que hubo un congreso en la UNAM, a penas recientemente que fui, escuche hablar a la Mtra. Laura y al Mtro. Que vienen de España (perdón se me van los nombres.

El libro: "atención individualizada" los escuche hablar en su ponencia de este Trabajo Social individualizado, en estas etapas de investigación, de diagnóstico, digo: ¡sí, es lo mismo, estamos haciendo lo mismo! Claro, con otro reconocimiento, ambicionando, alcanzar otros logros, pero estamos en lo mismo, no. ¡Eso es Trabajo Social!! (Yo te he dicho) concibo el Trabajo Social aquí en este hospital haciendo un estudio social a profundidad con la gente donde una entrevista sea solamente para presentarme, hacer una exploración, pero luego hago una, dos, tres entrevistas; una visita domiciliaria para conocer a fondo la situación social de esa familia, su contexto, los problemas que la aquejan, la situación que ésta viviendo en este momento, llegando con su hijito enfermo: con cáncer, por ejemplo. Y, luego de aquí a tres meses vuelvo a retomar, exploro y veo como lo están pasando, que situación están atravesando; y, cada quince días que ese niño ingrese dialogo con los papás y entrevisto a ambos, no nada más miro lo que me pueda aportar la mamá, sino también el papá: ¿Cómo lo ésta viviendo? ¿Cómo lo está sintiendo? Y puedo recopilar información: ¡aquí ésta mi estudio social! Mi investigación a profundidad!!! Y luego, trabajo con ellos para ver cómo podemos afrontar, cómo le puedo yo, ayudar a afrontar esta enfermedad y lo que va a derivar con los otros hermanitos que se sienten desplazados o, los que deja en la escuela, o, los que dejan abandonados: si los maltratan los familiares, si los maltratan los que los cuidan; diferencias entre mis hijos, mi sobrino, mi primo... Entonces, de ahí, ahí irle dando a la familia una ayuda para descubrir esas habilidades, esas potencialidades; porque ellos no lo saben que lo tienen porque no han enfrentado una situación... y que lo van descubriendo conforme se van dando los problemas, como se van dando los conflictos y van necesitando sacar cada vez más fortaleza y sacando recursos internos para afrontar esta enfermedad y a todo lo que conlleva... y... así, es como concibo Trabajo Social. Y, en grupos educativos y en grupos poderles decir: ¿por qué, es importante que donen? ¿Por qué se requiere que donen? ¿Por qué estos niños requieren constantes transfusiones? ¿Por qué es importante la alimentación? Para fortalecer sus defensas, su estado nutricional: no es lo mismo un niño nutrido, que, uno que esta desnutrido... no va a enfrentar de la misma manera la enfermedad. Un experto en grupo que venga a hablarles en grupo: porque es apoyar a los otros hijos que se quedan en casa como subsanar la ausencia de los padres, ayudarles a ellos a entender ¿por qué están los papás aquí en el hospital y no con ellos? Evitar problemas con chicos cuando son adolescentes ¡tantos problemas! De drogadicción... incluso ya tuvimos un caso de un hermano que se suicidó (de un pacientito) que sabemos que van a pasar en la familia.

ENTREVISTA 5.
DATOS GENERALES

EDAD: 49 años

SEXO: Mujer

ESCOLARIDAD: Licenciada en trabajo social

OCUPACIÓN: Trabajadora social área médica B

- 1.- Escolaridad y ocupación de sus padres.
Mi papá estudio hasta 2º de primaria y tiene un negocio propio y mi mamá estudió hasta 3º de primaria y se dedica al hogar.
- 2.- Escolaridad y ocupación de sus hermanos.
Tengo 5 hermanos y todos tienen carrera técnica que ejercen.
- 3.- ¿Por qué decides? ¿Cuál es tu primer contacto para estudiar trabajo social?
*¡Híjole! Mira, yo, en primera instancia lo que quería era ayudar a la gente, no. O sea, como que mi sueño era ayudar a la gente ¿por qué? Quién sabe. Entonces, yo pensaba que las monjitas ayudaban a la gente y yo quería ser monja. Yo veía en las películas que eran las monjitas que eran las que ayudaban a la gente, ahora sí, que se dedicaban a ser el bien, no. De ahí yo quería ser monja, pero la familia se en cargo de darme la vuelta: si eres monja te la vas a pasar encerrada, (a mí, me encantaba bailar) no vas a poder bailar, iba a estar rezando todo el día y pues, me dijeron un mil y un cosas de ser monja y pues, creo que no debía ser monja... y alguien me dijo: monja no porque te la vas a pasar a sí, pero puede ser (hay personas que no son monjas, pero que las mandan a otros Estados ayudar). Sí, misionero. Porque no mejor eres misionero, si te gusta ayudar y estar en contacto con la gente y hacer cosas por la gente, porque mejor no te vas de misionera. Entonces, investigue acerca de las misiones, como era ser misionera y pues a mí, el viajar como que me daba mucho gusto, pero a quien no le daba gusto era a mi mamá: te vas a ir a meter a la selva, y que los moscos y las arañas... otra vez, me pintaron el panorama horrible y me convencieron de no ser misionera. ¿Por qué mejor no eres enfermera? Las enfermeras también ayudan a la gente. Entonces, fuimos a una escuela de enfermería (porque ya habían pasado las inscripciones) fuimos a una privada y me hicieron mi examen, me quedé pero, me mandaron a comprar libros (no sé porque no encontramos ningún libro y los que encontramos eran carísimos) el caso es que me desilusioné, me desanime porque los libros eran caros y los que eran importantes no los encontraba y a parte ya habían pasado clases y tenía que ponerme al corriente y la verdad: ¡no!
*Porque mi mamá conocía a una Trabajadora Social en el hospital... General ¡hospital Juárez! Y entonces me llevo con ella y la Trabajadora Social me dijo: es que si inyectas a una persona mal la puedes dejar coja, la vida de los pacientes va a depender como de ti. Entonces, si te da miedo la sangre y si no inyectas bien... pues, ¡imagínate! Jaja, jaja, y, yo: ¡no puede ser! Entonces me quedé sin estudiar y me puse a trabajar, pero en esto de que trabajaba como cajera, como empleada de mostrador y así. Me encontré muchas amigas con las que estudie la secundaria y así, ellas ya estaban estudiando la prepa y así, y pues yo las veía con sus cuadernos y contentas y, yo decía: es que yo no puedo estar detrás de un**

mostrador, yo no puedo estar así, yo quiero estudiar. Entonces me acorde que la Trabajadora Social de la escuela de mi secundaria había sido bien padre conmigo, bien. Buena onda conmigo. Cuando yo estaba en la secundaria había tenido muchos problemas como adolescente con mis papás y la Trabajadora Social me hizo como agarrar carril (yo me iba ir de la casa, andaba yo ahora sí que en el relajo, no.) platico mucho conmigo y me hacía como entender las cosas. Y, en una de esas tardes en las que andaba filosofando en las que yo no quería ser empleada de mostrador para siempre, no quería quedarme ahí; y, pensé: ¿Por qué no estudiar Trabajo Social? Fue como una de las personas como la que ha marcado mi vida, me hicieron cambiar de rumbo, que me hicieron entender porque mis papás eran así, porque yo era así, como que siento que me escucho y me hizo comprender muchas cosas. Entonces, dije: y, ¿por qué no, Trabajo Social? Y, ya. Entonces salí de trabajar y le dije a mi mamá: creo que ya se lo que quiero ser, ¡Trabajadora Social! Y fue ella la que se puso a investigar escuelas de Trabajo Social. Entonces, ella me llevo al CETIS No. 5 afortunadamente era época como de inscripción y era como el tiempo justo para hacer el examen...de...

4.- Puede describir su trayectoria académica.

El curso propedéutico. Iba a empezar el curso propedéutico. Todo se fue acomodando, entonces, estuve a tiempo para inscribirme al curso propedéutico, hice el curso propedéutico, luego al examen y todos los trámites que se tenían que hacer. Estudie Trabajo Social, no me arrepiento de haberlo hecho (la verdad) creo que fue como: ¡lo mío! ¡lo mío! Me gusto desde el primer día, me gusto desde el primer día; las materias que daban ahí, la materia de psicología porque yo creo que me ayudo a clarificar muchas cosas, yo entendía perfecto porque mi papá era así, porque uno era así, o sea, entendí como muchas cosas, no. Y en todas las materias me tocaron maestros que me hacían interesarme en ellas, en cada materia, creo que fui muy bien guiada por todos los profesores, tuve unas compañeras muy lindas en la escuela también. Hacíamos como un buen grupo entre mis maestros, mis compañeras y, bueno con el grupito que me relacione y saque muy bien la escuela, me encanto estudiar Trabajo Social.

5.- Puede describir su trayectoria laboral.

En el '87 empecé, a trabajar en Neurología. Pues la verdad, para mí fue grandioso, fue lo que yo quería, no. Al principio si fue como muy difícil porque para ese año yo tenía como veintiuno más o menos veintiuno años de edad, tenía todavía mis facciones así de niña. Entonces, es un Instituto de adultos yo tenía que entrevistar a las parejas de los que estaban internados (al esposo o a la esposa según estuviera internado) o a los papás de quienes estuvieran internados y... todo el mundo me decía que yo estaba muy chica. Que cómo era que yo les preguntara todo lo que les estaba preguntando...y bueno, ellos me entrevistaban a mí: ¿qué cuántos años tenía? ... jaja, jaja ¿qué, por qué estaba trabajando ahí?... etc. El caso es que creo que con la gente en general hicimos como clic, o sea, ambos obteníamos lo que queríamos; yo obtenía lo que necesitaba de ellos como: el estudio socioeconómico, como la información que yo necesitaba para desempeñar mis funciones ahí en el Instituto y, ellos: pues, yo les contestaba lo que me preguntaban y tenían confianza y podíamos trabajar en paz, no. Cuando no tenía mucho trabajo, como mucha talacha de las funciones de Trabajo Social me iba yo a platicar con los pacientes. Entonces, ya llegaba con uno, con otro, ya platicábamos acerca de lo que sea, de lo que les gustaba a ellos... digamos que yo lo sentía... y ellos me lo decían que era tan padre y que así, no se les hacía tan largo el día. Ellos me decían: ¡¿A qué hora vas a venir? Porque me aburro mucho! Entonces, yo me hacía mis espacios para ir con ellos, a ellos no se les hacía pesado el día y cada vez me gustaba mi trabajo más. Entonces, aprendí a enamorarme de lo que hacía, me encanto, a parte...

Nunca me ha gustado estar pegada al escritorio, la verdad es que yo no puedo estar mucho tiempo sentada en un mismo lugar haciendo lo mismo, no. Así, se han las notas que tenemos que hacer no puedo (si es una nota muy extensa: te hablo de dos cuartillas necesito interrumpir para caminar, respirar) no puedo estar mucho tiempo sentada, porque me agarra la ansiedad... jaja, jaja ya. Regresaba con ellos, platicaba...

6.- ¿Por qué se da el cambio de institución?

Uy, Bueno, resulta que Neurología es un Instituto precioso, padrísimo y en donde a todas las Trabajadoras Sociales las tratan con dignidad, con respeto, cada una de nosotras teníamos nuestra oficina, nuestro teléfono en la oficina (teníamos a una sola secretaria que nos auxiliaba a todas, pero bueno... éramos doce Trabajadoras Sociales no había tanto problema) estaba todo padrísimo en Neurología. "Peero" un día conocí a alguien que trabajaba en el Hospital Infantil de México (mi casa, tú casa) quedaba a quince, veinte minutos del Hospital, entonces la conocí a ella y solo de platica (porque no era mi amiga, ni nada) oye: ¿por qué no hacemos una permuta? (ella vivía detrás del Hospital de Neurología y yo tenía acá mi vida en el Hospital Infantil de México) porque no se abre una permuta: tú vives allá y yo acá; nos cambiamos y no pasa nada, no. Pues, a las dos nos pareció buena idea; empezamos hacer los trámites (yo sin conocer el Hospital Infantil de México, sin saber que se hacía, ¡imagínate! Como eran, nada del Hospital Infantil de México, así, cerrada de ojos) nos cambiamos, ambas contamos con el apoyo de nuestros sindicatos (por su puesto) que nos ayudaron hacer los trámites y fue de volada, creo que no pasaron dos meses desde que lo platicamos, hicimos los trámites y nos vimos la una y la otra sentada en sus hospitales.

Fue rapidísimo. Bueno, llegue al Hospital Infantil de México, yo estaba feliz porque ya estaba cerca de mi casa (para entonces ya tenía yo a mi hija) la guardería también estaba cerca de la casa, o sea, fue todo ¡fantástico! Y yo decía: ya tengo mi vida resuelta. Para las juntas de la guardería, para lo que nos llamaran de la guardería yo, tenía que pedir el día en Neurología y faltar; para cuando ya estaba en el Infantil de México, solo pedía dos horas de la prestación que tenemos, iba y venía de las juntas y entonces, todo

era, fantástico. "Peero" una vez que ya entre a trabajar en forma, entonces dije: ¡no puede ser! Snif, snif, las oficinas acá están micro, pero en una oficina tenemos que compartir dos personas, pero entonces no tenemos privacidad: lo que yo entrevistado con la persona, lo escucha la persona entrevistada de mi compañera y las llamadas telefónicas que tengo que hacer, tengo que esperar hasta que mi compañera desocupe el teléfono, o sea, ¡no, no, no! El comedor me hizo mucho ruido, yo no sé cuantos kilos de peso baje cuando entre al infantil de México; mi comedor en el Instituto Nacional de Neurología eran: unas mesas con mantel, con vajilla de loza, te daban los cubiertos envueltos en una bolsita de papel, te daban comida deliciosamente rica. Los postres no se diga, mis respetos eran pasteles hechos ahí mismo con sabor casero, todo el Instituto olía delicioso: a pan, no. Llegue aquí al Hospital Infantil de México: tenía que pelearme por las cucharas, las mesas no tenían manteles, los platos de plástico: ¡quemados! O sea, no, no, no, los postres barritas de cacahuete, un danonino, o sea, ¡nada que ver! Pero, bueno, ya estaba acá: yo vine a trabajar, lo mío, lo mío es el trabajo social, lo que yo vine hacer es trabajar. Bueno, no tienes opción sino, enfacas.

7.- ¿Cómo decides estudiar la licenciatura?

Ah, esa es otra historia. Resulta que yo prometí que nunca iba a estudiar la licenciatura en Trabajo Social, porque nos pagaban lo mismo, hacíamos lo mismo, eh... todo era como lo mismo; entonces, yo dije: si hago una licenciatura la voy hacer en psicología, en sociología o en pedagogía que era como algo que me gustaba. Pero, resulta que empezó el programa de profesionalización en el Instituto entonces, yo pensé que les iban a pagar más a las licenciadas o algo así. De repente en una quincena me entero que ya metieron papeles, que ya les pagaban más y todo. La única opción que yo tenía para hacer todo rápido era seguir con la profesionalización en Trabajo Social. Hubo un primer grupo de la Universidad de Tamaulipas y creo que les dio la nivelación, creo que la hicieron en dos años. Pero después empezó otro de la Universidad de Sinaloa y como siguió el de la Universidad de Sinaloa, yo dije: el grupo de la universidad de Sinaloa estaba en el Centro Médico, no eran mucho los requisitos que pedían, estaba más barata que la de la Universidad de Tamaulipas, para ir yo las clases empezaban a las cuatro de la tarde, no. Yo salía a las tres de la tarde de trabajar. Para ir a estudiar con la Universidad de Sinaloa (lo único que yo tenía que hacer, era atravesar la puerta de un Instituto a otro). Si ya no la estudiaba con la Universidad de Sinaloa es porque era una floja. Dije: se están presentando las cosas así. Entonces, no podía desaprovechar esa oportunidad. Entonces, ¡me inscribí!... con la Universidad de Sinaloa. Lo hicimos prácticamente en dos años, igual, un grupo muy padre, los profesores nos ayudaron un buen a que todo saliera bien. Obviamente no es lo mismo estudiar una carrera en cinco años que nivelarte en dos años. Entonces, lo tengo clarísimo que no es lo mismo, pero lo conseguimos y, ya.

8.- ¿Cuál sería la diferencia? O ¿Por qué no sería lo mismo...nivelarte?

Pues, por eso ¡ahora sí, que por eso! Bueno, porque desde mi punto de vista vas cinco años, tomas clases, lees todos los libros que tienes que leer, analizas lo que estás leyendo, analizas lo que estás haciendo, te das la oportunidad de trabajar lo que estás leyendo y vives todas las prácticas que tienes que vivir en la historia de la licenciatura; entonces, cosa que no pasa con la nivelación. Con la nivelación: sintetizas, haces tus trabajos, tienes tiempo muy limitado, no duermes pero lo entregas a tiempo y, ya. Pero, te falta toda esa parte de la vivencia, toda esta parte de práctica de ver si es cierto todo lo que escribiste en tu trabajo es o no es, aplica o no aplica, ¿no? Entonces no es lo mismo. Sí, tengo el papel; sí, tengo mi título; sí, conseguí la profesionalización, pero por supuesto que tengo clarísimo que no es lo mismo. A las dos nos dicen licenciadas porque los títulos dicen: "licenciada" sin embargo yo creo que soy licenciada porque lo estudie así, sin embargo siento que faltó toda esta parte que a lo mejor yo no la viví en la escuela como tú, sin embargo a través de la experiencia y de los años; pues, sin libro en las manos: ¡ya lo viví!

9.- ¿Eran las mismas funciones que desempeñabas en Neurología que aquí, ahora en el Infantil?

Ummm. Prácticamente sí. Nada más que Neurología era sin tanto... a lo mejor más libre: sin tanto método, sin tanto procedimiento, sin trámites administrativos. Los trámites administrativos pues, prácticamente los hacían ¡los administrativos! No. Las funciones eran como las mismas: hacíamos el mismo estudio socioeconómico, hacíamos las mismas visitas domiciliarias, igual era el pase de visita, igual era el manejo con la familia... o sea, las funciones eran las mismas; sin embargo, el trabajo en Neurología era como más relajado (siento yo) porque tenías tu espacio. Entonces, tú te metías a tu oficina y le brindabas, al familiar como el ambiente necesario para que él pudiera tener así... como la confianza de poderte decir lo que realmente tenía que decirte; entonces, tú hacías tu intervención y te tardabas el tiempo necesario para con ese paciente y podías trabajar en paz, no. Acá en el Hospital Infantil tienes las mismas funciones, pero tienes como que la mitad de tiempo para brindar la confianza a la gente, tienes que esperar hasta que tu compañera termine de hacer su entrevista porque no puedes (bueno desde mi punto de vista no es ético) tener a dos personas en crisis en una misma oficina porque son dos Trabajadoras Sociales en el mismo espacio, no. Entonces, si yo tengo una persona que va a necesitar un poco más de atención, de contención que es posible que entre en crisis por la situación que ésta viviendo con su hijo; pero, también estoy viendo que mi compañera con la que comparto oficina tiene la misma situación y... ella... "me gana el espacio": ¡no tenemos más espacios! ... esperarme a que ella termine para poder hacer mi entrevista. Entonces, parecería que tenemos más tiempo; pero yo no sé, si es perder más tiempo haciendo tiempo para que la otra termine o, qué? O, sea... Siento que más bien es... como que falta toda esta estructura que necesitamos para poder... más bien la infraestructura necesaria para poder desempeñar nuestro trabajo mejor: "con respeto hacia la familia".

10.- Las actividades. ¿Serían las mismas?

No. Definitivamente, no. (Pero bueno como decía hace rato) Las actividades aquí en el Hospital son meramente administrativas...

Hacer las formas de caja, recibos de pago (que nosotros no tenemos, por qué hacer). Nosotros en Neurología no lo hacíamos, no. Todos los recibos de pago van directamente a la caja; todo lo que tenía que ver con dineros, con costos, con precios, todo lo que tenía que ver con insumos... era directo a la caja, contabilidad (no se llamaba cuenta de enfermos tenía otro nombre en Neurología) pero, bueno todo lo administrativo lo hacía el administrativo. Nosotros en Neurología le decíamos a la secretaria: necesito este oficio, necesito esta constancia, necesito esto... y la secretaria nos lo hacía. Pero aquí, si tengo que darle una constancia formal al señor, yo tengo que conseguir una computadora donde hacerlo o, una máquina de escribir porque en la oficina no lo tengo y a mano (cuando es de alguien que tiene que firmar para un proceso legal) yo, no le voy a dar una constancia hecha por mi mano, se me hace poco ético; o sea, no se me hace formal, entonces necesito: una computadora, hojas membretadas para hacerlo formal, oficial y presentable, entonces... bueno. Si necesitábamos un vehículo sí; nosotros llenábamos la orden de la ambulancia, pero era la secretaria que iba y hacía el trámite y lo entregaba. Y, aquí nosotros tenemos que estar consiguiendo firmas, tenemos que hacer el formato este, tenemos que conseguir firmas, tenemos que bajarlo a transportes, tenemos que esperar a que nos regañe el señor del transporte, tenemos que esperar a que nos de fechas el señor de transportes, o, sea que él decida cuándo vamos hacer nuestro trabajo. Entonces, las actividades, definitivamente no son las mismas. Yo creo que hace falta como reestructuración aquí en este departamento; (no estoy hablando mal de mi departamento, me gusta, lo quiero) nos falta tener claro los límites, cuáles son nuestras funciones, cuáles son nuestras actividades, qué es lo que me compete a mi como Trabajador Social, qué es lo que tiene que hacer el personal administrativo para que así, en equipo pudiéramos trabajar.

11.- En este momento: ¿Cuáles son las funciones que desempeña Trabajo Social?

Ah, las funciones... es... Trabajar con la familia, gestionar las necesidades que tiene el paciente, este... pues... bueno a través de hacer coordinaciones, de las visitas que se tiene que hacer, de... jaja, jaja... de una manera resumida te pudiera decir: las satisfacciones de los pacientes.

12.- ¿Qué actividades realiza?

Para que todo eso suceda, pues, tengo que realizar: llamadas telefónicas, las funciones administrativas que acabamos de decir, estee, las coordinaciones que se tengan que hacer dentro y fuera del hospitaall.

13.- ¿Cómo es la relación del Trabajador Social con el demás personal de salud?

Pues, bueno. Desde mi experiencia y hablando en lo personal te puedo decir que esta relación con los demás profesionales en el área de la salud, se ha dado a través de la comunicación, no. Yo estoy en el servicio de Neonatología en donde tenemos un equipo (yo digo) muy padre porque todos nos podemos comunicarnos entre sí, con respeto, nos miramos todos con respeto. Todos tenemos identificadas cuáles son nuestras funciones, nuestras actividades, cuál es nuestro trabajo, lo que debemos hacer. Digamos que sin intervenir el uno con el trabajo de otro, siempre tenemos sugerencias el uno para el otro. Entonces, pues, nos comunicamos, sugerimos al respecto. Cuando estamos viendo; por ejemplo, que un familiar no ésta teniendo como la información que necesita para no estar tan estresado (porque eso pasa como muy seguido) o sea: acaba de salir de visita, el médico le dio informes y entonces, lo que hace la familia es ir contigo para que le traduzcas lo que el médico le dijo porque la verdad es que no, le entendió nada. Entonces, lo que hacemos nosotros o, bueno lo que hago yo, desde, mi lugar es: primero hablar con esta mamá y decirle, pues, que tiene todo el derecho del mundo de decir: ¡no entendí nada! O sea, como fortalecerla, como decirle que ella tiene que satisfacer estas necesidades en el momento y lo único que tiene que hacer es externarlas, no. Entonces, trato de que la familia se sienta en confianza con el doctor. Después, como hay que resolver esto en el momento, pues, ya voy con el doctor. Doctor: fíjese que esta familia, la mamá de este paciente, pues no le entendió, nada; entonces, necesito que vaya y que se lo vuelva a explicar otra vez. Ya, él me dice si va para allá con migo o le mando a la mamá y así. Entonces, bueno. Comunicándonos hemos podido establecer una relación padre. Y, al revés si sienten que nosotros no estamos, o no nos estamos dando cuenta de algunos aspectos que tienen que ver con algunas cuestiones sociales o familiares con el paciente, van y nos dicen: oye, fíjate que nos comentó, la mamá esto y, entonces yo quisiera que se ondearan más en este asunto, etc. Y, ya lo platicamos y se establece una relación. Como una de las funciones (que hace ratito me preguntabas) esta educación para la salud, los grupos de educación para la salud que tenemos nosotros. Yo creo que la relación con el equipo de salud, se ha dado padre porque nos ha permitido formar un grupo de papás a los cuales les podemos dar esta educación para la salud; que les decimos, que nuestro objetivo principal es que se vayan con herramientas del Hospital para que puedan atender a su hijo en casa, no ahorita; sino, siempre, durante todo el proceso de la niñez. Porque para entonces ya les hablaron de nutrición, les hablan de los cuidados de enfermería, les hablan de los cuidados que deben tener los papás para que los niños no ingieran cuerpos extraños, o sea, los cuidados en general que necesitan los papás para que los niños crezcan con un desarrollo sano.

Hay jerarquías en el equipo de salud, generalmente el jefe de servicio es el médico.

Por ejemplo, en el servicio de Neonato: es un médico Neonatólogo el jefe del servicio de Neonatología, no. Entonces, después de él están los médicos adscritos, después de los médicos adscritos, están los médicos residentes, después los médicos internos, y paralelo a ellos estamos nosotros: Trabajo Social; después están las secretarías que aunque son secretarías del servicio de Neonato (también, parecen nuestras secretarías porque, la verdad tienen toda la disposición del mundo hablamos de comunicación y trabajo en equipo) entonces, (a ella le pedimos las constancias que no podemos pedirle a la secretaria de trabajo social, a ella de repente le pedimos que nos haga un oficio, que no podemos pedirle a la secretaria del departamento de Trabajo Social) entonces, estamos así, como... pues ahora sí, que hay

jerarquías. Cada quien en su lugar, cada quien respeta su espacio. Y, pues bueno todo es a través de opiniones, sugerencias.

14.- ¿Cómo es la relación del trabajador social con el paciente y su familia?

Te voy a decir desde que estoy en el servicio de UCIN llega un paciente a UCIN y normalmente llega acompañado de papá, porque mamá se, quedo hospitalizada, el bebé nació, mal y la urgencia hace que el papá se traslade aquí a este hospital con el bebé y mamá se tenga que quedar en el hospital a recuperarse. Entonces, lo que hace Trabajo Social primero y antes que nada es como darle una plática de inducción al servicio de Neonatología, esta plática de inducción incluye: como las características del servicio, como es que podemos atender a su bebé, que va hacer el papá mientras el bebé ésta hospitalizado, como es la dinámica del servicio, como es la hora de visita, etc. Todo esto es con la intención de bajar el stress del papá o de quien este acompañando al bebé; porque normalmente llegan a un país desconocido, quieren estar con su bebé, quieren que les den informes en ese momento y pues, quiere pasar toda la familia. Entonces, les damos así, como las reglas, las políticas, tratamos de entender lo que ésta sucediendo en ese momento. Explicarle a papá que es como un poco difícil esta situación, pues, bueno poco a poco lo vamos ir solucionando y todo lo vamos a poder hacer siempre y cuando nos permitan estar trabajando con ellos, para que una cosa a la vez y, vamos entendiendo, no. Entonces, bueno ya. Eso es en el momento en el que van llegando porque llegan con mucha angustia y ¿qué cuánto van a pagar? y entonces, ya les explicamos del seguro popular, la cobertura, etc. Para que también ya estén más tranquilos en ese aspecto y, ya puedan pasar como jese primer día un poco más relajados!, no. Y... después, eh, eh, prácticamente (es al otro día porque) los traslados son como al otro día ya los entrevistamos, ya los buscamos para entrevistarlos, para hacer la entrevista del estudio socioeconómico; la finalidad del estudio socioeconómico, (les explico) no es saber cuánto ganan, ni cuánto tienen, para cobrarles; porque, siempre llevan como esa idea: me va a preguntar cuanto gano para saber cuánto voy a pagar. Entonces, ya le digo que el estudio socioeconómico es el estudio que a nosotros nos sirve para conocerlos, a través de él podemos, entablar una conversación, podemos conocerlos, podemos saber cómo son, quienes son, en la familia de quién va a estar nuestro bebé. Porque la intención que tenemos en el servicio de Neonatología: es que los bebés cuando salgan del hospital vayan a un ambiente cordial, vayan a un hogar, vayan con una familia. Entonces, si me permiten conocer a esta familia a través del estudio socioeconómico; podemos dar nosotros algunas sugerencias siempre y cuando nos lo permita la familia, para poder estructurar algo que no pudiera estarlo, organizar algo que tal vez no pudiera estar organizado, es decir, tratar de acomodar las cosas ahorita que el bebé ésta hospitalizado en manos de los médicos. Ellos, (los familiares) tienen el tiempo necesario para poder acomodar cosas en casa; hablo de dinámica familiar, hablo de relaciones familiares, etc. Y pues bueno, de esa manera tenemos claro el rumbo para dónde vamos. Si no se abren en la primera entrevista pues, ya, poco a poco se van abriendo; de tal, manera que cuando va llegando el niño de la unidad hospitalaria, la verdad es que sí, hemos conseguido muchas cosas al respecto. Porque a través de las entrevistas subsecuentes logramos saber cómo ésta la relación de pareja, logramos definir roles en la relación de pareja o (incluso en la familia en general, tenemos muchas familias que eh... extensas...) son las abuelitas las que quieren tomar el rol del papá y entonces, las abuelitas quieren hacer el papel de mamá y se les olvida que sus hijas aunque sean adolescentes ya son mamás y pues, ya tenemos que darle esa estructura, ese panorama a las abuelitas. A los papás ahora sí, que ponerles el rol y las cartas claras sobre la mesa y decirles: a partir de este momento usted es la señora García y usted es el señor y ahorita van a estar al pendiente ustedes porque son los papás (aunque tengan quince años los dos) son los papás y van a ser los responsables del bebé; lo mismo les decimos a las abuelitas para que, también, abran un poco el camino y espacio para que permitan a los papás hacerse responsables de sus hijos.

Obviamente todas las familias tienen necesidades diferentes y es como yo les digo a los papás: aunque sean vecinos, aunque sus hijos se llamen igual, aunque estén aquí por la misma enfermedad... no son las mismas personas. Entonces, como no son las mismas personas sus necesidades son diferentes y muchas veces trabajamos con usted de una manera y con esta familia trabajamos de otra; a ustedes les sugerimos y les pedimos algo y, a esta familia le sugerimos y le pedimos otra. Entonces, si tienen duda, pregúntenme a mí. Porque, yo soy la que les estoy pidiendo o sugiriendo. (De otra forma van a la sala de espera) se comentan las cosas: no es que a mí me dijo que para la izquierda. A mí me dijo que para la derecha. Y, entonces, ya no saben para donde irse; entonces, uno le hace caso al otro y a la mera hora decimos: pero señora yo le dije que fuera para acá y... se fue para allá; pero, ¿por qué? Es que somos vecinos y nos llamamos iguales. "absolutamente todos son diferentes". Por lo tanto, el manejo con cada familia: ¡es diferente! O sea, como que más o menos la estructura de mi trabajo es la misma; a todas las familias yo les ofrezco lo mismo, que es: tratar de acomodar lo que esta desacomodado mientras el paciente está hospitalizado. Pero, no lo hago yo solita; yo ofrezco esto, intento hacer esto, pero esto es con el equipo de trabajo; en donde interviene, psicología, (porque obviamente yo no cuento con la facultad ni los conocimientos necesarios como para hacer una... pues, ahora sí que trabajar con una familia que tenga problemas específicos que solo pudiera trabajar psicología).

(Yo no puedo tener así como el manejo de emociones de una familia, esto, lo tiene que hacer psicología) o cuando interviene la genética; por ejemplo, en el transcurso de las entrevistas me entero que este hijo, pero el primo, que el abuelito, que el tío y no sé qué... entonces, tengo que pedir auxilio con los médicos que hacen su interconsulta genética para que vean por dónde anda el asunto y que podemos hacer al respecto. Entonces, a todos les ofrezco lo mismo, pero, cada familia es diferente y con cada familia hacemos cosas diferentes. Entonces, se pudiera decir ah, sí: todos se entrevistan, todos visita domiciliaria, todos... sí, pero de manera diferente y esto es lo padre del Trabajo Social; que no es un trabajo monótono.

15.- ¿Qué es lo que determina el actuar diferente?

La misma familia, la misma necesidad de los pacientes, (diría alguien que cuando yo estuve duro y dale con la necesidad de los pacientes... alguien me dijo: es que tú, no resuelves necesidades de los pacientes) tengo claro que no resuelvo necesidades de los pacientes, pero, desde, mi punto de vista de lo que yo he aprendido tanto en la escuela como en mi historia laboral es que: si yo no detecto las necesidades de los pacientes... entonces... ¿quién lo va hacer?

16.- ¿Qué tipos de necesidades (desde tu experiencia) has detectado?

Pues, mira. Es que, ah. De la que más me acuerdo ahorita, es que había un señor, bueno, todo esto lo puedes... bueno, (yo lo encuentro a través de observar, de escuchar a la gente) pero, hubo un señor que, desde, que lo entrevisté estaba muy preocupado... muy angustiado, (pero era más de lo normal; he conocido gente aprensiva, gente ansiosa, he conocido gente que viene muy preocupada porque, obvio no es padre trasladar a tu hijo y así, no) pero, este, señor estaba como ... no normal su estrés. Entonces, en una primera entrevista, pues, obviamente le haces la entrevista, le haces el estudio socioeconómico, pláticas, (trato como siempre de hacer bromas y... reírnos para que se relaje un poco el ambiente) y entonces, este señor (yo lo veía con sus labios secos, pálido, si se veía... pero, nunca logre que durante la primera entrevista se relajara). Al otro día en la mañana, me lo encontré y lo veía peor que un día antes. Entonces, ya platicando con él le pregunte que si ya había comido (sus labios no me decían otra cosa, tenía la boca seca, deshidratado, no había comido como... desde, hace un día y medio antes pero, le daba pena decirme que no tenía dinero) cuando le pregunte que si ya había comido, que como estaba y eso; se soltó a llorar, pero... no sé si peor que magdalena. (La verdad eso me llamo como muchísimo la atención porque, normalmente les apena decirte que no llevan dinero, que la están pasando mal, o algo) pero este señor, era como antisociales, entonces, pues ya me dijo que no había comido, que no conocía a nadie aquí en la ciudad (él era, es de Veracruz, no conocía a nadie aquí, nunca había venido para acá) no podía hacer contacto con los compañeros (un día antes habíamos platicado eso, que entre los mismos papás de los pacientes pues, han formado un equipo bonito, todos se apoyan entre sí, y todos ubican quien es el nuevo y comparten) pero este señor nada más no se dejaba, y no se dejaba... pues le daba pena, ese, era el problema: que le daba pena, decir, que no traía dinero y que no había comido. Y, ya. Esa, es una de las necesidades básicas, indispensables. Que yo no sé, si no le hubiera preguntado; sino me hubiera dicho... ¿qué hubiera hecho para comer? O se hubiera aguantado cuanto tiempo sin comer... porque no me decía a mí, pero tampoco a sus compañeros: a los demás papás. Entonces, puede ser desde, esa necesidad básica, elemental de que no han tomado agua, de que no han comido. Entonces, hay que gestionar y satisfacer necesidades.

17.- ¿Cómo se resolvió?

Amh. Digamos que con las instituciones que tenemos. Ya le di un pase para Karvi, que es una fundación que nos apoya para dar alimentos. Bueno; la verdad... la verdad, jaja, ja. Inicialmente tuve que recorrer a voluntarias porque era urgente... lo que yo quería era que comiera en ese momento, no. Entonces, afortunadamente voluntarias tiene un programa en donde es como muy rápido. (Lo mínimo indispensable para comer, pero les dan). Hable con voluntarias y (un pase de estos para la comida rápida) le dieron de comer y antes de seguir hablando, le dije al señor: por favor, vaya y viene para seguir continuando. Ahorita lo que necesitamos es alimento. Entonces, ya comió y regreso de comer y, ya pudimos platicar más, ya me dijo que se había venido sin suéter o, sea, no traía más que lo que traía puesto, y lo que traía puesto (viene de Veracruz y el calor) era su camisita toda delgadita, sin dinero porque él iba llegando y lo treparon a la ambulancia y, ya vámonos... no tuvo tiempo de nada. Todo es a través de apoyos; conseguimos suéter, conseguimos alimentos conseguimos que él pudiera satisfacer sus necesidades básicas. Para el descanso le di un formato para que fuera a la casa Gym y, ya. Pero, siguió con la pena. Dos días después llego la secretaria que si ya había platicado con este papá, porque había investigado donde había una casa de empeño. Ay, voy otra vez con el papá y, ya le pregunte que quería empeñar y qué quería empeñar. Y, ya me dijo: pues lo que pasa es que si me han estado dando de comer, pero yo necesito dinero, no puedo estar así. Ya me dijeron que mi hija va a necesitar estudios, pero yo no sé ni cuándo, ni cuánto cuesta ni nada. Yo no tengo dinero y no puedo estar así. Platique con él al respecto; todavía ni le pedían estudios, ni nada y más bien lo que logramos: identificamos las redes de apoyo. Ya tuvimos un poquito más de calma, él ya estaba más tranquilo, pues yo digo que emocional y anímicamente, ya estaba más relajado ya pudimos platicar más, acerca de las familias colaterales, de los apoyos, de la comunidad. Él es testigo de Jehová, entonces, pues, bueno. La iglesia les puede proporcionar apoyo. Estuvimos platicando acerca de las redes de apoyo; con quién contábamos en su comunidad, de qué manera nos pudiéramos comunicar con ellos, como podíamos contactar a unos a otros y pues, nos dedicamos a trabajar en eso. A conseguir los teléfonos de quien se pudieran conseguir, hacer las llamadas telefónicas correspondientes, ahí, tuve al señor no sé por cuánto tiempo, hablando por teléfono... informando a su gente: ¿Por qué él estaba aquí? ¿Por qué estaba en estas condiciones? Y que necesitábamos auxilio de toda la comunidad. Entonces, fue como lo conseguimos.

Es que son muchas, muchas las necesidades. Por ejemplo, ahora me toco una mamá que también. Su bebé tiene una enfermedad, pues, de mal pronóstico, los bebés no duran mucho tiempo, desde que le dijeron a la mamá que era posible que fuera ese el diagnóstico ya estaba destrozada siempre ansiosa esperando resultados. Cuando ya le dijeron el resultado (ella estaba sola) Entonces, llego a la oficina y empezó a tocar así, como muy fuerte (no había nadie en la oficina y yo alcance a oír los toqui dos porque, no eran como normales) pregunte que pasaba y me dijo: es que me van a dar el resultado y yo estoy sola y... Quiere que yo la acompañe o que le hablemos a su esposo, pero la doctora ya ésta aquí y le va a dar el resultado. Sí, por favor porque no quiero estar sola. Entonces, fue como acompañarla y en ese momento satisfacer la necesidad de... que ella no se sintiera sola y sirvió para que yo escuchara y entendiera acerca de la enfermedad y su proceso, etc. Total que este paciente ya llego a cuidados... fue canalizada a cuidados paliativos de hospital. A esta mamá le ha costado muchísimo todo este proceso de

duelo; ella ésta consciente de la situación de su bebé, ya no quiere estar aquí, su bebé ha tenido (no precisamente paros cardíacos) insuficiencia respiratoria, entonces, de repente deja de... de respirar... no deja de respirar, pero si respira como más despacito. La señora siente que ya, se ésta yendo. Los médicos le dijeron que eso era normal. Ella se despide con palabras de su hija; pero, en el momento que ya siente que la niña se ésta yendo y que ésta dejando de respirar se pone muy mal la señora y le dice: ¡no te vayas, por favor, no te vayas! ¡No me dejes! Y el bebé regresa, no. Ahora sí que, no sé, si sean las palabras adecuadas como paraaa... déjeme verificarlo... la niña se ésta intentando ir y la mamá la regresa. Entonces, es evidente que necesita apoyo Tanatológico; establecimos comunicación con la clínica Cardy (a través de cuidados paliativos) vino Cardys y ya estuvo con ella en el acompañamiento y demás. Pero, el caso es que la señora esta choqueada. Puede estar psicología, (ahorita en la mañana la vio psicología) la vio cuidados paliativos, le explican lo que le tienen que explicar... no... no le entran... esta choqueada. Entonces, pues, bueno ahorita fue necesario hablar con el papá y decirle que le tenga paciencia porque, ya se estaban empezando a pelear ellos: cómo es posible que en estos momentos te pongas así, me dejas a mí solo hacer todos los trámites y demás. Pues, ya, hable con el señor (bueno sentí como esta necesidad de hablar con el señor) y decirle: es un proceso normal. Todos los seres humanos nos enseñan. La situación es de manera diferente. Todos tenemos como diferentes formas de sentir, de expresar. Ahorita es el momento de su esposa, ahorita ya no podemos hacer que ella sea muy clara en lo que piense, en lo que dice, nada. Así, que por favor, un poquito de paciencia, sé que es fuerte es difícil.... (Pues ahora sí, que el señor se desbordo conmigo igual, lloro) Pero, bueno, (creo que él tiene diría el psicólogo) que tiene más elementos naturales como para ser más fuerte, estar un poquito más de pie, poder entender el proceso por el que ésta pasando su esposa. Y, pues, bueno quedamos en ese acuerdo: que él iba hacer todos los trámites necesarios y que si ere necesario estaba cuidados paliativos para su ayuda, para que le echara la manita a él. Y si no, pues, bueno adelante y felicidades por tener esta actitud, no. y así, cada paciente va teniendo como sus necesidades (paciente o familia). A lo mejor ni el paciente, porque el paciente ésta siendo atendido y demás... las necesidades son de las familias... pero, pues, bueno.

- 18.- ¿Cómo se da la relación de un Trabajador Social (bueno, ya vimos la relación del Trabajador Social con el equipo de salud, el Trabajador Social con la familia) con otro Trabajador Social?

¡Hijole! Jaja, ja, ja, Yo creo que... ese... sí... creo que más bien...

Yo puedo relacionarme muy bien con un Trabajador Social; cuando este Trabajador Social; ésta abierto, o sea. Abierto a la escucha, abierto al pensamiento, abierto a todo. Porque, de repente tu llegas con un compañero que es el Trabajador Social de otro servicio del que tú, tienes necesidad para poder atender al tuyo. Entonces, resulta como si te enfrentarás al: ¡no hay, no hay... no se puede! Entonces, dices: oye, pero, espérame podrías explicarme como ésta la situación antes de que me digas que no se puede, que no hay... o... algo. Es que: ¿cómo quieres que te lo explique?...

Entonces, yo digo que si estuviéramos un poquito abiertos a escuchar por lo menos para después decir: sabes, tal vez podemos tener esta alternativa, sabes... no se puede porque si le buscamos por acá vamos a encontrar esto y si le buscamos por allá, aquello. Entonces, las políticas institucionales y todo lo que tú, quieras dicen que no se puede, no. Pues, ya. Me quedo en paz: pues, no se puede. Pero siempre y cuando las políticas digan que no se puede, pero si tú no has escuchado...es lo que yo le iba a decir: que no se puede, no. Entonces, yo creo que más bien depende del... carácter de cada persona... no sé si de la afinidad que puedas tener con ella, si de los intereses; pero, pues bueno. Podemos hablar de que la relación, es una relación como de cualquier ser humano? Y que nada más es un Trabajador Social que en ese momento, no más es de que no se puede. Pero, bueno hay más recursos, hay más opciones y, ya. En general creo que afortunadamente no tengo tanto problema con eso. Me he topado a lo mejor con dos en el Instituto. Y por todo lo demás, yo puedo hablar muy bien de los Trabajadores Sociales que de alguna manera u otra aunque no sean equipo; pero, pues salimos adelante.

- 19.- Desde tu experiencia como te sentiste; tanto, en el proceso de Neurología, como, en el del Hospital... eh, ¿Con el equipo de trabajo?

Hayyy, esa... es más difícil. Jaja, jaja. Fue una experiencia "horrible": ¡fue horrible! Jaja, jaj.

Lo que pasa es que mira: con el equipo de trabajo de Neurología éramos doce Trabajadoras Sociales, que si bien teníamos edades muy diferentes. Porque, había las viejitas que: pues no yo tengo aquí mis años y así, tiene que ser y no sé qué. Qué sí, estaban abiertas en escuchar a las nuevas. Había jovencitas que acababan de salir de la universidad y, entonces, traían ideas nuevas... y entonces: haber enseñame.... Y tú haber... en fin, como que juntaban experiencias. Entonces, era un trabajo padre porque era como retroalimentación y cuando teníamos problemas (porque sí, teníamos problemas porque éramos seres humanos) y de repente ya, se hacía el chisme o el mal entendido o, así. Nos reuníamos todas en una oficina (por lo menos todas las involucradas) y haber nadie sale de aquí hasta que no aclaremos esto, no. Y, ¡lo resolvíamos! Como personas adultas, como personas pensantes, y ya. Salíamos de trabajar, pero muchas, muchas veces nos íbamos al cine, íbamos a bailar, íbamos a la fiesta. Éramos unidas. No hubo una que se casara y que no fuéramos todas a la despedida de soltera, a la boda. Era padre ahí. Entonces, era una relación como de trabajo, en armonía porque era como todo el día reírse y echar la broma; pero, también era una relación como de hermandad, estaba bonita la relación, me gustaba mucho. Y, resulta que llevo al Hospital Infantil de México en donde hay cincuenta y cuatro Trabajadoras Sociales, equipos por todas partes o grupos, era el grupo de las viejitas, el grupo de las nuevas, el grupo de las técnicas, el grupo de las licenciadas, el grupo de lo que quieras; pero, había cantidades de grupos. Entonces, eso hacía que no sabías a cual integrarte porque: si te ibas con las viejitas, las nuevas te acosaban; si te ibas con las licenciadas, las técnicas contra ti; pero, si te ibas con las técnicas, todas contra ti. Realmente no sabías para donde hacerte, no. A mí me costó, mucho trabajo adaptarme por eso, porque yo venía con la ilusión, como si viniera de Disneylandia, ¡todo bien padre! yo pensé que acá,

también, todas éramos adultas, personas maduras. Y... lo primero que me encontré fue: ¿ya te están pagando?... pues trabájale. No tuve adiestramiento, a mí nadie me enseñó nada: si vienes de Instituto de Neurología son los mismos formatos, son los mismos estudios socioeconómicos, y... órale, ahí están. Y, no es cierto, no son los mismos formatos; puede ser que el estudio socioeconómico sea el mismo porque lo rige la coordinación de institutos, pero cada instituto hace su propio formato, entonces, mientras te familiarizas con los formatos pues, la verdad si: y a dónde va la edad y a dónde va qué, cosa y te cuesta trabajo y empiezas a ser como juzgada, criticada, pues no te apuras, no que eras muy del Instituto Nacional de Neurología donde todas son quien sabe que... y entonces, fue algo muy feo, muy fuerte. Del primer servicio que me toco fue urgencias; entonces, en urgencias había una compañera que cuando yo llegue por primera vez a urgencias: llegué, ella se estaba peinando; yo salí al baño cuando regrese ella ya no estaba y, yo dije: pues, ahorita viene. (Espere en la oficina) y resulta que ahí me quede a esperarla. Y que llega: ¡porque no fuiste a la visita! Así, echando bronca en un tono muy fuerte. Y, yo (a cuál visita). Pues, es que teníamos que pasar visita. Es que yo no sabía, pensé que habías ido a una parte y que ahorita regresabas a explicarme cómo funcionaba esto. Pues, es que ya te están pagando, no sé qué, te tengo que explicar. Bueno, no me expliques nada, ya tranquila. No me explico, nada. Y ese primer día de trabajo. Me voy a la una me suples. Ni por favor, ni si puedes, sin explicarme nada, si pasa esto o aquello, ¡nada! Y yo dije: bueno, es una, ya cuando me pasen a otro servicio, pues ya me va a tocar otra. Y resulta que sí me pasaron a otro servicio, pero con otra compañera del mismo grupo. La verdad es que si me costó mucho trabajo entenderlo; después de dos meses ya quería renunciar: ¡no podía con eso, no podía! Me costaba muchísimo trabajo ir a trabajar, porque era desgaste emocional ¡terrible! No podía yo convivir con nadie, no podía conversar con nadie...

Pues, yo creo que desamparada, eso de urgencias, no? Porque para acabarla de amolar, tenían unos horarios muy raros en donde la Trabajadora Socia salía a las tres pero, (claro después de tiempo me enteré) la que estaba conmigo cortaba a las dos y media, esto significa: se salía de la oficina a las dos y media. Si llegaba un caso médico legal a las dos y media y, yo estaba ahí, y, yo lo recibía: uyyy, ya no me podía ir hasta que terminará todo lo que tenía que hacer con esa familia; así, podría salir a las ocho de noche o a la hora que terminara. Eso, se me hacía terrible porque nadie podía hacer algo al respecto y las supervisoras sabían y no hacían nada al respecto. Eres como la nueva, yo sabía que ya habían entrado a ese hospital con permutas, yo sabía que tenía como mi base y todo; pero, también tenía como responsabilidad, también tenía como eso que no me dejaba mandar las cosas al diablo... irme así, nada más... no. Entonces, si me dejaban solo y a mí me tocaba atender eso; pues, yo sentía el compromiso de no irme hasta que lo terminará y eso, se me hacía injusto y al mismo tiempo tenía que hacerlo; y al mismo tiempo me decían: tú, para que te quedaste hacerlo. (Ahí también fue cuando sentí un desamparo). Esto, fue como lo más fuerte. Porque lo demás fueron cosas como más personales...

20.- Por ejemplo, esta parte de cuando ¡se es nuevo! Como que méritos tiene.

Exactamente. Entonces, la nueva es pues, la de la talacha: que si hay que hacer guardias pues, con la pena eres la nueva y pues, te toca; a veces no entiendes la lógica de las guardias, cómo las distribuyen, ni porque las distribuyen así, y como alguien las distribuye y eres la nueva pues, te toca y no puedes respingar y si respingas, te echan pa' fuera. Entonces, jaja, ja, ja, así son las reglas, las políticas internas no escritas. Ellas tienen su lógica, que yo no alcanzo a comprender y que las nuevas tampoco alcanzan a comprender; hasta que se hacen viejas y las aplican, no.

21.- ¿Cómo defines el Trabajo Social?

El Trabajo Social desde, mi punto de vista es: como una de las profesiones más hermosa que hay porque me permite conocer el sentir de los seres humanos, me permite ver más allá de sus necesidades, conocerlos en un todo, conocer desde su corazón, conocer desde su pensamiento, desde porque la gente puede pensar de una forma y otros de otra, cómo es que la gente puede soportar tanta, tanta, tanta cosa. Entonces, eso a mí, es lo que me da aprendizaje, me hace ser más fuerte cada día: de repente ciento que tengo un problema y cuando escucho al de enfrente me doy cuenta que estoy tonta. Que mis problemas realmente no son problemas; eso, me gusta. Esa parte humana me hace más fuerte y eso me gusta, por eso creo que es una de las profesiones más hermosa que existe y... creo que es una profesión que nos permite a los seres humanos, poder ponernos a prueba de nuestras fortalezas, de nuestras virtudes, de nuestras debilidades... es una de las profesiones que no tienes así, como límites puedes llegar al infinito y más allá con una sola familia para esto te tienes que quererlo, hacerlo, necesitas aprender hacerlo, necesitas poder hacerlo. No tengo una definición técnica, formal; solamente siento que es una profesión que puede ayudarte a fortalecerte como ser humano... es una profesión (insisto) que no tiene límites que puedes llegar tan lejos como tú quieras y de verdad puedes estructurar una familia de una manera hermosa siempre y cuando le metas los kilos; porque también, puedes llegar a destruir familias, así, como puedes llegar a estructurar una familia hermosa (la verdad me ha tocado) ahorita me acorde de una experiencia ¡padrísima! De un señor que hace tiempo: ya que salió, su paciente (en medicina interna) vinieron a donar y querían comprar medicamento para los niños de Lupus... compraron el medicamento que querían comprar... me dejaron el medicamento para los niños de Lupus y yo me quedé así o, más esponjada. No me equivoque y me voy a morir ser orgullosa de ser Trabajadora Social.

22.- ¿Cuál ha sido la metodología que has utilizado, qué identificas y que más te ha servido?

Pues, es que yo no sé si voy a poder parecer.... O sea, Metodología que si yo me guio por este autor, por este libro, entonces utilizo esta metodología como la escribieron en el año de no sé qué... sinceramente: ¡no! yo te puedo decir que a lo mejor con lo que estudie y lo que aprendí con el estudio social de casos y con lo de grupos... pues tampoco tenemos metodología o sea, realmente una metodología, metodología en sí: estructurada, científica, fundamentada...(se van a enojar los maestros con migo) no he utilizado, no hemos utilizado una metodología total como ésta escrita en los libros, yo creo que sí aprendí cuando fui a la escuela, sí estudie cuando fui a la escuela; pero con lo que me pudo ofrecer el estudio social de

casos... la metodología: el diagnóstico, la investigación y el plan y todo esto, pues... si los utilizo, si los acomodo, de repente; pero, sinceramente no te puedo decir: mi metodología... esta teoría y...a este autor; ¡no! Igual y me vi mal, pero no.

- 23.- Crees que Trabajo Social, tenemos retos por delante o, llegamos a la cima ya. Ya no tenemos nada que hacer, ya alcanzamos a la bandera y demás.

Yo creo que sí, alcanzamos la bandera, pero no. Todavía por su, puesto que tenemos cosas que hacer... Primero: estudiar Trabajo Social por vocación, no porque no alcanzamos los puntos para estudiar ingeniería, arquitectura, no. Yo creo que lo primero que tenemos que hacer es estudiar por vocación para que entonces, pudieras amar lo que hace, para que desde la escuela pudieras interesarte realmente de todo lo que ya ésta escrito es realmente la realidad y sino, a portar a ello, escribir para que esto se haga realidad. Entonces, cuando ya podamos estudiar con ese entusiasmo, trabajar con otro mejor porque entonces si sabríamos si queríamos o no queríamos; que sí, realmente queremos estar ahí, en contacto con el ser humano, estar en contacto con las necesidades del ser humano, con todo esto que necesitan de nosotros los Trabajadores Sociales y antes que nada: ser Trabajadores Sociales por vocación y por convicción. Y ya que tengamos eso, yo creo que todo lo demás viene siendo añadidura; ¿Por qué? Porque a través de la historia; por ejemplo, yo que empecé, como Trabajo Social técnico a través de la historia me di cuenta que me hacía falta la tanatología; que yo no sabía cómo atender estos problemas, me sentía muy mal cuando alguien llegaba en crisis por la pérdida de la salud, por la pérdida del paciente o por lo que quieras: yo me paralizaba y no sabía qué, hacer. Entonces, sentí la necesidad porque me gustaba estudiar tanatología. Empecé con libritos, luego con talleres y luego con cursos y así hasta que hice el diplomado y, ya tengo una herramienta más y así, es como me ha pasado como Trabajadora Social, para yo ofrecer mis servicio a la gente que me ésta pidiendo y que yo no sé; entonces, tengo que estudiarle, tengo que tomar este curso, tengo que tomar este taller, tengo que leer este libro porque me apasiona, porque me interesa, porque me gusta. Pero, si alguien que quería estudiar gastronomía no alcanzo los puntos y no le quedo, otra más que estudiar Trabajo Social y al estudiarlo se da cuenta que no le gusta, pero tiene que terminarlo porque si no, se enojan con él y entonces, ya sale de Trabajo Social y busca quien lo conecte para que trabaje pronto en algún centro de salud, en algún hospital y, ya cuando se da cuenta ya ésta trabajando ahí entonces, yo creo que le va a costar más trabajo realizar Trabajo Social, le va a costar más trabajo identificar qué, es lo que necesita para poder ofrecer lo que se necesita en Trabajo Social. Y creo que el origen es ese: la vocación, la convicción y de ahí todo viene por añadidura y vas detectando tus necesidades (insisto, yo estoy casada con las necesidades) detectas que es lo que te hace falta para ejercer y entonces, vas tomando: cursos, talleres, diplomados, maestrías... lo que quieras; pero, ya todo es por añadidura, ya le vas agarrando el gusto, y te vas involucrando con el otro. Especializando en alguna cosa.

ENTREVISTA 6. DATOS GENERALES

EDAD: 44 años

SEXO: Mujer

ESCOLARIDAD: Licenciada en trabajo social

OCUPACIÓN: Jefe en trabajo social

- 1.- Escolaridad de sus padres.
Mis papás nada más estudiaron, mi papá: la primaria y, mi mamá: la secundaria tengo...
- 2.- ¿A qué se dedicaban?
*Mi mamá mucha veces, mucho tiempo fue empleada en una empresa y, mi papá es (porque todavía sigue ejerciendo) herrero.
Tengo seis hermanos: tres hombres y tres mujeres entonces, yo soy la mayor.*
- 3.- Escolaridad y ocupación de sus hermanos.
Mi hermana la que me sigue a mí, termino el bachillerato; hizo una carrera técnica de educadora, pero no se dedica a eso, se dedica al hogar. La que le sigue termino la prepa y ella termino una carrera técnica de alta costura; no se dedica a la costura, pero sí tiene su taller de costura. Luego sigue mi hermano el mayor; él nada más termino la secundaria ¿por qué? No sé. Pero, si mis papás trataron de darnos estudio, él ahorita tiene un negocio propio y solo a veces le ayuda a mi padre. El que le sigue es psicólogo y se dedica a la docencia y el último, el más pequeño estaba estudiando la universidad, al parecer creo que ya no la termino (digo al parecer, porque él entra – sale – entra – sale) y trabaja en correos, tiene base en correos de por sí ya tiene cinco años que trabaja ahí, entonces, yo creo que por eso, no. Porque tiene la seguridad ya no siguió estudiando porque esta entre que termina y no termina, sino ya hubiera terminado. Mi esposo; termino hasta la prepa, es el más chico de su familia y por esas cuestiones ya no siguió estudiando (de hecho ya tenía pase automático a la universidad) y sé quedo con dos negocios propios de sus papás por eso, ya no siguió estudiando es comerciante. Y... pues... mis hijos... yo tengo dos hijos; el mayor está en la secundaria, tiene trece años, estudia la secundaria. La más chiquita tiene ocho años y está en la primaria.
- 4.- Cuéntanos. Tu papá y tu mamá... me decías que tu papá se dedica a la herrería hasta ahorita y tu mamá se dedica al hogar...
Sí, ahorita se dedica al hogar. Se supone que se pensiono y está en el hogar.
- 5.- Bueno, ahora sí cuéntanos: ¿cómo y por qué decides estudiar Trabajo Social? Y ¿Cómo cuál fue la trayectoria académica?
Haber, ¿Cómo por qué?... fijate que estaba entre estudiar derecho y estudiar Trabajo Social.

- 6.- ¿Cuál es tu primer recuerdo que tienes de Trabajo Social?... no sé de... ¿Dónde surge la inquietud de Trabajo Social?
- Que crees que así como... no sé... si te dijera me movió esto, no sé. Lo que sí (primero) ser la hija mayor trae mucho compromiso. Yo tenía que ser como que seguir estudiando para dar el ejemplo. Mis padres fueron muy estrictos conmigo en cuanto a la educación; yo era niña de buenos promedios. Cuando decido ya, que voy a estudiar: derecho. Pero, sabes porque no estudie derecho; porque, yo sí tenía eso de que: y... si me toca defender a alguien que no; que ha sido malo, que ha sido violador... no yo... no podría hacer eso. Eso, fue lo que no estaba dispuesta hacer. Entonces, la otra parte: Trabajo Social. Pero, si me dices un ¿por qué? No sé. No, no sé.*
- 7.- ¿Cómo decide estudiar trabajo social? ¿Qué estudiabas: ¿el bachillerato, terminabas la secundaria?
- Primero, estar en la universidad, para mí había sido como un logro estar en la universidad, quedar en la UNAM era como otra cosa. Finalmente todo tiene que ver: soy la mayor de las nietas, soy la mayor de las hijas... y mucho tiene que ver esto, no. Entonces, imagínate, no: la mayor de las hijas, la mayor de las nietas ¿esté en la UNAM! El quedar yo en la universidad dije: ¡ya! La carrera finalmente (yo siempre) como en todas el aprendizaje, era aprender, ver, yo no sé si era buena o mala, o, sea. Yo no sé si dejaba dinero o no. Como que eso no me interesaba, me interesaba que yo estaba dentro de la universidad en una carrera, eso fue.*
- 8.- Y bueno, eliges, entras a la carrera y empiezas a conocer Trabajo Social y ¿luego?
- Pues, me gusta. Finalmente es aprendizaje, es conocimiento, es decir...*
- Y, ahora si con conocimiento de causa, ya con todos los elementos que te da en sí la profesión y estudiar.
- 5.- ¿Cómo definirías, entonces, el Trabajo Social? ¿Para ti qué es el Trabajo Social?
- Pues, para mí es una disciplina; porque aunque mi maestro me diga es... es una disciplina... es una recopilación de teorías (me dijo el maestro) si maestro... si para usted es eso... no se lo voy a refutar. Para mí, sí es una disciplina que sí, interviene, no, en muchas situaciones con los usuarios, en muchas no nada más en una. Y... no la considero como de ayuda, yo no estoy casada con que tengo que ayudar a la gente, mi palabra es: "apoyarla en algunas situaciones" para mí, sería eso.*
- 6.- ¿Cuál sería la diferencia entre ayuda y apoyo?
- Ayuda, es que... haz de cuenta, igual... el chico: no te preocupes yo te doy para la libreta. Eso es ayuda, el que yo, yo intervenga por él y que yo esté presente. Y el apoyo es: sí está bien la puedes traer a la siguiente. Igual en el hospital: no traje credencial yo no la ayudo... porque también sería fácil: no se preocupe, ¡pásele! Pero, yo apoyo: ¿Por qué no tiene credencial? ¿Qué situaciones? ¿Qué está pasando? ¿Qué puede hacer?... no va a subir porque es reglamento hospitalario y porque finalmente usted está incumpliendo en eso. Entonces, no te estoy ayudando, te estoy apoyando en algunas circunstancias, pero no te estoy ayudando como tú quisieras. Para mí, esa es la diferencia.*
- 7.- Pasa el proceso de la universidad y luego ¿qué pasa con el tema académico? ¿Solo tiene la licenciatura? ¿Algún diplomado?
- Paso mi proceso en la universidad, termino de estudiar la carrera este... para mí era importante titularme porque (yo siempre he dicho que si no se hace en el momento, ya no se hizo, lo vas dejando) entro a la especialidad en salud para mi forma de titulación. Me quedo a trabajar... bueno ¿cómo se le diceee? Becaria en la universidad, en el área de investigación, me gusta y... es que... quien sabe, me gusta la carrera (yo siempre he dicho aunque no me paguen yo sigo aprendiendo) y así, era. Yo estaba de becaria, seguía aprendiendo en investigación en la ENST en Postgrado con mi maestra que me dio una materia en la especialidad, saco mi título, hago mi tesina, pero no paso el examen. (Si algo me ha costado aprender es el Inglés) ya tenía todo, todo listo, ya hasta habían aceptado mi tesina, ya estaba lista. Bueno, soy pasante de la especialidad en salud. Tengo cuatro diplomados.*
- 8.- Puede describir su trayectoria laboral.
- Te digo es que todo va... por ejemplo te digo: a mí, no me gusta entrar a trabajar sin tener las bases académicas de lo que voy hacer. Entonces, después de la universidad yo hice examen para entrar a una unidad contra la violencia familiar con la UAVI y me quedé, si constantemente estuve apoyando con esta situación de violencia, sensibilización y violencia. Toda mi vida durante la UAVI, era cursos, talleres, todo en violencia familiar. Posteriormente entro al hospital. De ahí entro a la UAVI, por eso te digo que a mí mi carrera me ha dado mucho, pero también me ha costado trabajo. Porque donde yo estoy trato de demostrar lo que sabemos hacer. Cuando yo entro a UAVIS, dentro de las profesionistas nosotras somos las últimas: el abogado igual, tiene la jefatura de la unidad; la psicóloga, es quien le sigue (en orden jerárquico) junto con la otra abogada y la psicóloga los subjefes; después, de ahí partíamos, pero yo dependía de la psicóloga... Pero además, no ganaba igual que la psicóloga, ganaba mucho menos. Bueno, la especialidad en salud para saber cómo se hace esto y lo otro; pero, no para estar en vivo y a todo color. Si la hubiera hecho como cualquier educación, pero una cosa era eso y otra cosa era estar en la práctica, no. Pero, yo decía: yo, que voy hacer en salud, si una persona se va a morir ¿qué puedo hacer? ¿En qué la apoyo? Si una persona ya está enferma ¿yo, qué? Yo no le veía esta visión "para" porque estaba esta situación jurídica entre derecho y Trabajo Social... pero ya ni me acuerdo porque no seguí por esa línea. Bueno, entro al Belisario, hago todos mis trámites (mi esposo me llevaba con mi hijo hacer los exámenes, las entrevistas, todo)... yo no sé ni donde está el hospital, que tal si está del otro lado del mundo yo, ¿qué hago?... lo que tú decidas. Pues, vamos aventarnos... total que a las veinticinco mil me hablan para decirme que yo había quedado; hice los trámites y me quede en la mañana, hice los cambios con mi hijo, mi esposo me apoyaba me iba a dejar, mi madre a partir de eso, me apoyo con mi hijo porque lo tuve que meter a la guardería y así. Y entro al Belisario, obviamente tú entras y dices: ahora aquí ¿qué hago? Entonces, ahí empecé a estudiar mi primer diplomado fue, en tanatología; después hice un diplomado en violencia familiar, como era uno de los programas fuertes en Belisario; después, hice mi*

diplomado en cuidados paliativos. Y, después, que estuve en Belisario, mi jefa en una visita institucional con CETIS le dice: nos pues, cuando quiera, aquí son puras licenciadas. Y, le habla por teléfono (yo estaba en fin de semana) oye no pues, si hay un lugar, quiero ver si tú, me puedes conseguir una docente. Y, me hablan por teléfono: pero, yo no quiero. (El fin de semana ya tenía el hospital, ya era mamá, fíjate: mamá de tiempo completo de cinco años, llevaba a mi hijo, lo traía, de hecho nadie sabía que trabajaba allá por mi rumbo, sábados y domingos mis hijos se iban con mi madre) pues ve, a ver qué. No pero, yo ya estoy trabajando, le comento a mi marido y recuerdo que una vez que fui con mi madre dije: a mí me gustaría dar clases aquí. Ya después de consultarlo con mi esposo, pues hay vengo. Traigo mi currículo; y e director: no maestra que excelente ¿se queda? Bueno. (Yo no sabía el teje y maneje de aquí) y me dice: mañana se presenta. Todavía le dije, es que mañana no puedo porque tengo que inscribir a mi hijo. Y de dice: bueno, pasado mañana se presenta. Bueno. Me dicen allá abajo es una plaza de cuarenta horas, veinte en la mañana y veinte en la tarde. No, yo vine por un turno. No, maestra es que la plaza que a usted le asignan son de cuarenta horas veinte y la mañana y veinte en la tarde, es una de las mejores plazas bla, bla. Y dije: bueno. Entro, me gusta y sabes por qué: porque finalmente nosotros somos parte de lo que sale ahí a fuera con estas irregularidades que hay, por eso me quedé. Si yo quiero allá otro tipo de profesionistas, le tengo que empezar desde, aquí. Entonces, ya me quedo y empiezo a tomar mi cuarto diplomado en competencias docentes a nivel medio superior, lo termine hace un año.

9.- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el hospital?

Diez años.

10.- Vamos a partir como la experiencia en estas dos partes: primero desde, la parte operativa y la segunda de tú trabajo como jefe, sino también como ves en general a todo el equipo de salud. En esta primera parte ¿qué funciones realizabas?

Fíjate que a mí, la parte operativa me gusta porque es el contacto directo con la gente. Es para lo que yo estudie, estar en contacto con la gente, estar escuchándolos, tan solo les digo: tú escúchalos. Y la gente ya está muy tranquila aunque, no les digas nada, muchas veces es lo único que necesita: ser escuchado. Y, todas las funciones de investigación a través del estudio, de la observación, de administración de mis tiempos que soy muy mala y que realmente aprendes lo que quieres hacer; por eso, yo siempre he dicho: hacer notitis sin, observación, no, no.

11.- Las actividades que realizan ¿cuáles eran?

Pues, umm, Mis estudios, mi control, mis diarios. Porque para eso si soy muy cumplidita. Las funciones: la educación para la salud, yo si salía, les informaba; bueno, eso fue en lo operativo que fue muy poco. Porque estaba atención ciudadana donde no hacíamos muchas funciones de Trabajo Social. Solamente nos dedicábamos a orientar el formato, nada más. Y, del funcionamiento del hospital en todos los servicios. Entonces, cuando me paso a operativa si son menos funciones y menos tiempo porque, después, de un año y medio me paso a operativa como encargada y, ya son más funciones administrativas: de planear mi supervisión, de organizarla, de administrar.

Más carga administrativa.

Sí, por eso te digo que a mí, no me gusta administrar sobre todo las carpetas... a mí me gustaba más interactuar con la gente. De hecho yo siempre he dicho que la supervisión tiene que partir... y, yo si hacía mis supervisiones... hay quien te dice: no, yo no atiendo a la gente porque mis funciones son otras. Yo, sí. Que lo pasaba y le decía haber dígame y tenía yo que hacer mi nota, mi intervención y leía yo todo, de todas las demás y ahí supervisaba, hacía mi estudio y ahí supervisaba. Entonces, les decía: no inventes y esto que es... yo si agarraba mi parte operativa para hacer mi supervisión y me funcionaba.

12.- ¿Y, en la jefatura?

En la j e f a t u r aaaa! ¡Dios, mío...! Una vez estando ya en la jefatura y cuando me conoció el director: te puedo hacer una pregunta. Si dígame. (El me hizo la propuesta antes) ¿Por qué, cuando te lo pedí yo no quisiste? No. la verdad son muchos problemas, por eso salió la otra jefa. Pero yo te dije que te iba a apoyar, ¿Por qué ahora si acepto? Le voy a decir, por qué: porque me gusta lo que hago, me gusto lo que soy y porque pertenezco a un gremio y si ahorita somos conflictivas no solo compañera de la mañana, son todas y, yo la verdad me toca y, porque yo sí creo que Trabajo Social puede ser algo diferente; por eso.

Qué, bueno, qué bueno, que estás aquí; y es que para que yo te de la jefatura tienes que tener el diplomado en administración. No. yo ya no voy hacer diplomados, estoy haciendo la maestría por las tardes... Pero sí hago más administrativo, porque tengo que tener las carpetas, los programas y todo, etc. Planear, apenas estoy en eso porque si bien lo que aprendí en este año: tengo que planear mis cosas que no las tenía; entonces, tengo que planear incluso mí tiempo porque luego no me da tiempo hacer nada, es que soy mala planeadora de mí tiempo. Organizar, pues si tengo que ser una buena organizadora. Supervisar, si yo creo que todo debe tener una evidencia y tiene que ser fundamentada... No nada más de planeo y ah, si mañana te... no, no es tenerlos. Y esta cuestión de investigar pero no nada más como lo hacíamos, solo con el estudio; si no con ya realmente investigaciones. Entonces, lo que ahorita estoy aprendiendo es que también tengo que delegar, me cuesta mucho trabajo, porque todo lo quiero yo hacer.

13.- ¿Cómo es la relación del Trabajador Social con el resto del equipo de salud?

Pues, mira en el equipo como que han respetado las jerarquías.

14.- ¿Hay jerarquías?

Sí, hay jerarquías, son lineales, desde el médico (cuando yo entre) son así, desde, el médico que tenía que estar aquí, el director, el médico y dando estás jerarquías profesionistas.

15.- ¿En qué lugar se colocaba (en ese momento) Trabajo Social?

Igual y en el... no igual y no... bueno sí, yo creo que en el último, y como en atención ciudadana nosotros nada más orientábamos. Incluso hasta después de las Trabajadoras Sociales, porque no éramos de atención ciudadana así, como... incluso ellas mismas nos marcaban los límites.

Incluso siendo Trabajadoras Sociales hubo muchos problemas, hubo muchos problemas. Después, cuando yo paso a ser operativa; por ejemplo, con el médico, con enfermería yo, siempre me he visto a bajo de ellos; te voy a decir por qué: porque muy poco conocía de salud; por eso, porque estas en un ambiente en donde ni conozco, sobre todo los ¡diagnósticos! el procedimiento, el proceso... y entonces, dices: no. A nivel supervisión así: cómo parejito dé, porque ya no estamos en lo operativo sino, junto al médico y en otras condiciones. Y, a nivel jefatura al parejo.

Pues, déjame te digo que... ¡híjoles! Buena, porque yo siempre he manifestado que trabajo en equipo multidisciplinario yo, no soy todóloga. Malo, porque he luchado por dejar de hacer lo que no me corresponde, como área y eso ha impactado mucho en el hospital o sea, no soy la secretaria de nadie y entonces, hemos tenido situaciones con enfermería, con los médicos; pero, vuelvo a insistir, mira yo... incluso yo voy aprendiendo así, porque estoy aprendiendo; pero, cuando ya tengo las bases, ahí sí discúlpame: eso no lo hago, eso a mí no me toca. Y, yo puedo hacer otras cosas y las hago. Entonces, así ha sido.

- 16.- Y del Trabajador Social con el paciente, la familia. ¿Cómo es la relación? ¿Cómo es el trato? De Trabajo Social, ahora, desde, esta visión de jefatura, como se ve al equipo y cuáles son estas prácticas que tenemos todos los días.

Mira, yo siempre he dicho que el paciente, el familiar no están ahí por qué quieran conocer al hospital, están por una necesidad (siempre lo he visto así) y que ellos van a llegar a mejores (como se dice) desprotegidos ante esta situación ¿cómo debe de ser? Siempre de respeto, (incluso aunque no esté en jefatura) yo operativa (la verdad) siempre lo he demostrado: si yo salía y estaba hablando con alguien y entraba el médico; permíteme, estoy con la persona (y lo he hecho como tres veces). ¿No sabes quién soy, yo? Sí. Pero, estoy ocupada, porque estoy hablando con la persona. Incluso en supervisión cuando la compañera que tenía le gritoneo a un usuario; no, no sabes... y que agarro y que le dije: si no quieres atenderlo porque estas de malas, o no sé (no me interesa) yo lo puedo atender, o sea, yo lo hago a mí no me gusta que los trates así. Es que le dije... Por eso, sino lo quieres atender yo lo atiendo, no me quita nada dedicarle cinco minutos a esa gente.

- 17.- ¿Cómo es el trato de un Trabajador Social con otro Trabajador Social?
¡Hayyyy! pues... ¡qué crees!... No sé. Yo tome esta jefatura muy conflictiva: de todos contra todos. Que si las de la mañana tenían pleito con las de la tarde; que si las de la tarde con las de la noche; que si las de la noche con... así. Muy conflictivas, eso es lo que me ha costado trabajo una... relación muy conflictiva.

- 18.- ¿Cómo cuáles son los (de manera general, sé que es difícil que me puedas decir así de manera acertada) temas por los que se da el conflicto?

Yo sí creo que mucho tuvo que ver, mí antes jefa; porque, tenía privilegios con unas. Sí yo lo sé que tenía privilegios, qué fue dividiendo el gremio, yo sé...

- 19.- ¿Cómo en qué lo dividía?

Fíjate que lo que pasó al principio, ahí sí dije: ¡UPS! Eso no puede ser: en un evento académico (no sé qué, tenía ella licenciada egresada de la ENTS) pero, en una ponencia se le ocurre decir que los Trabajadores Sociales técnicos eran muy diferentes a los licenciados, porque los licenciados intervenían de manera macro y los técnicos micro. Ahí, empezó el conflicto porque hubo la separación de técnicos y licenciados. Y, después, cuando Atención Ciudadana y Trabajo Social se empiezan a deslindar ella se jala a todos los licenciados y a todos los técnicos los relega a atención ciudadana, eso, fue un verdadero conflicto.

- 20.- ¿Qué piensa de la nivelación?

Pues, me parece que se puso el grito en el cielo.
En pro y en contra. En pro porque finalmente te están dando una oportunidad de crecer. En contra, pues, no seeee... mira, no sé, no sé; si es en contra. Finalmente tú, haces... (Te vuelvo a insistir) finalmente esta la formación y esta la actitud. Yo tengo una licenciada que la actitud es pésima y trata mal a la gente y dices: es licenciada. Tengo una técnica que: dime que hacemos con el programa de salud, yo le entro y todo pero a ver tú dime. Qué tiene que ver uno... puedo tener aquí a la gran especialista que no quiere hacer nada, pero a la técnica... órale yo le entro. Eso es actitud. Yo, creo que... yo siempre he dicho que esta situación de mejoría, de nivel académico se tiene que demostrar y, si no a demuestras, pues, eres igual que las demás.

- 21.- En el I hospital donde esta: técnicos, licenciados, maestros... ¿hacen las mismas funciones o, hay alguna diferencia?

Hacemos las mismas funciones.

- 22.- ¿Cuáles son nuestros retos?

No, no, no... falta mucho. Fíjate que si nosotras sistematizáramos y presentáramos (yo siempre he dicho que la información es poder) y nosotras tenemos todo ese poder en nuestras manos y no lo sabemos utilizar. Porque cuanta información no manejamos de los pacientes allá. ¿Cuántas cosas no podríamos hacer? ¿Cuántas cosas no podríamos trabajar?

Porque nos gusta estar en nuestra área de confort. Mira en lugar de dar clases yo prefiero que se vayan y, yo desde, aquí los veo. Igual allá: yo, prefiero estar tomando me un café y que la gente me espere. Cuando... ya... ah, porque no tengo tiempo. ¡Me gusta estar ahí! Sí, me gusta quejarme: es que el médico, me dijo; es que el médico... Pero, yo que he dado para que me hagan eso o, sea, yo que he evidenciado para que me dejen de tratar como soy. Digo, ahorita ya en el hospital el Dr. Me dice: ¿No sé, por qué de noviembre a la fecha he tenido muchos conflictos, no sé, por qué?... Porque yo llegué doctor o, sea, yo

soy su dolor de cabeza y sí, efectivamente; porque hay cosas que yo no voy hacer y así, mira: con enfermería, yo trabajo en equipo, pero, van entrarle todos, yo coopero, si no, no. Y la enfermera me dijo: pues, esto a mí no me toca; pues, sino le toca, no me interesa; pero, quiero que este hecho. Con la pena compañera yo también te contestaría, pero si le pasa algo a la paciente, no es mi culpa y tú culpa. Y... de quien lo haga, pues tampoco me toca.

- 23.- ¿Qué sí, nos toca a Trabajo Social; qué no, nos toca a Trabajo Social en las instituciones?
Pues, tenemos nuestros manuales y nuestras funciones determinadas. Nuestros manuales con muchos huecos, pero si tenemos actividades y funciones específicas de lo que nos toca hacer.

ENTREVISTA 7.

DATOS GENERALES

EDAD: 37 años

SEXO: Mujer

ESCOLARIDAD: Licenciada en trabajo social

OCUPACIÓN: Trabajadora social área médica A

Buenas tardes Licenciada, le agradezco el que me haya apoyado con esta entrevista; quisiera empezar diciéndole que toda la información que me proporcione es absolutamente confidencial, que solo tiene el objetivo es para fines de investigación y sobre todo comentarle que no hay respuestas correctas ni incorrectas simplemente la intención y objetivo es rescatar su experiencia que ha tenido a lo largo de su carrera profesional.

Sí, gracias.

- 1.- Bueno, vamos a empezar. Primero, si me platica sobre la escolaridad que tienen o tenían sus padres, a ¿qué se dedican?

Bueno, mi mamá es técnica en enfermería actualmente ella ya es jubilada y va a cumplir ocho años de jubilada y mi papá es técnico laboratorista ambos trabajaron en el sector salud y él tiene seis años de jubilado.

- 2.- ¿Cuántos hermanos tiene Licenciada?

Una hermana.

- 3.- Su hermana ¿qué escolaridad tiene? ¿A qué se dedica?

Mi hermana tiene la carrera técnica en secretariado con la preparatoria terminada y actualmente trabaja en el INEA.

- 4.- ¿Qué puesto tiene ahí?

Es secretaria.

- 5.- Bueno, ahora si nos vamos adentrar a su trayectoria. Me puede decir ¿qué estudios tiene hasta ahora?

Bueno, yo estudie la Licenciatura en Trabajo Social, estoy titulada de la Licenciatura y estudie también la especialidad en adultos mayores actualmente ésta en proceso la titulación... bueno eso es lo que he estudiado.

- 6.- ¿Algún otro diplomado, curso que tenga?

El año pasado tuve el curso de sexualidad humana que se dio por parte de la Secretaria de Salud en lo que es los servicios amigables.

- 7.- ¿Cómo decide estudiar trabajo social?

Bueno porque mi primera opción era estudiar bióloga marina y anteriormente cuando yo estaba estudiando la preparatoria iban por áreas y el área que yo había escogido era el área dos. Nada más que ese año lo perdí debido a que estaba yo embarazada y ya regresando, después, de tener a mi bebé nuevamente entre a sexto año en la preparatoria y, ya decidí mejor estudiar el área cuatro para estudiar Trabajo Social.

- 8.- Bueno, esas fueron como las circunstancias que lo rodearon; pero, usted por qué decide estudiar Trabajo Social, ¿cómo se entera de la carrera?, ¿qué es lo que le llama la atención?

Bueno, debido a que mis papás siempre trabajaron en el sector salud y, pues yo veía como mi mamá atendía a los pacientes niños o a las mamás de los niños; igual mi papá, entonces me llamo mucho la atención el área de Trabajo Social para atender a esas personas, no tanto atenderlos si iban por algún estudio de laboratorio, hacerse algún estudio o a vacunas o algún chequeo que haga el área de enfermería, sino más que nada el poder yo atender a las personas desde lo social, desde sus necesidades que ellos tuvieran.

- 9.- ¿Cómo se definiría el Trabajo Social?

Es una profesión multidisciplinaria porque en ella no solo interviene el área social que somos nosotros los Trabajadores Sociales, sino el área médica, el área de enfermería y algún otro profesional; y es una profesión que actualmente se ha desprestigiado por algunos colegas y que no lleva a cabo atender a la persona, sino ser un...una... en el concentrado mensual... ser una palomita más o ser un número más que atender a la persona desde los factores de riesgo que ellos pudieran tener y llevar todo ese proceso. Algunos de nuestros colegas, desgraciadamente ven esa productividad como un número más. No, atender a la persona como tal, esas necesidades que llegaran a tener.

- 10.- Al termina la Licenciatura ¿cómo se incorpora al campo laboral?

Bueno, yo termine en el 2003 y en el 2004 trabajé en una asociación "Sentido Joven" de tallerista con alumnos de sexto grado sobre talleres de sexualidad. Posteriormente ingreso a la Secretaria de Salud como trabajadora social, en sí bueno, inicie como Trabajadora Social aunque estaba en el talón de pago como Trabajadora Social en el área médica, yo estuve primero en el área de atención ciudadana: que es atender de primera instancia a las personas que llegan al hospital dándoles información de qué requisitos se necesitan para ingresar alguna especialidad del hospital y algunas otras orientaciones o referencias que se les daban a las personas.

- 11.- ¿Cuánto tiempo estuvo ahí?
Estuve... dos años aproximadamente en esa área. Posteriormente, ya me incorporo a lo que es el área de Trabajo Social ya, en el área médica ya que es atendiendo a los mismos usuarios y a sus familiares.
- 12.- ¿Qué funciones desempeñaba, ya en el área de trabajo social?
Bueno, pues... la función de investigación, de gestión, supervisión, coordinación y me falta otra... bueno... ahorita las que recuerdo son esas.