



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

Análisis de las funciones del profesional de trabajo social en salud del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” desde un enfoque de políticas públicas y el derecho humano a la salud

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA
Lic. Jesús Marcelo Ponce Chávez

TUTOR
Dr. Daniel Rodríguez Velázquez
Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)

COMITÉ REVISOR
Dra. Andrea Kenya Sánchez Zepeda
Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)
Dra. Berenice Pérez Ramírez
Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)
Mtro. Elí Evangelista Martínez
Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)
Mtro. Francisco Calzada Lemus
Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Agosto de 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria.

Para aquellos guerreros que han luchado una batalla infinita en el aula de la vida, que llenaron las hojas en blanco de sus libretas con innumerables memorias que no me cansaré de recordar, para aquellos que tuvieron la valentía de no borrar cada uno de sus errores y se atrevieron a escribir de nuevo en la siguiente página su historia sin dejar atrás los fracasos que los hicieron levantarse con más fuerza, con más coraje, con más determinación. Para a esos guerreros que ahora ya no están conmigo y sin embargo permanecerán por siempre en mi corazón, de los cuales aprendí el valor del amor, la lealtad, y la tenacidad, de quienes a pesar de saber que su viaje terminaría jamás dejaron de sonreír y decirme que “todo estará bien”.

Ellos cuya valentía fue creciendo con cada desafío, con cada obstáculo, a pesar de no saber cuál sería su destino, no miraron atrás, porque de hacerlo estarían enviando un mensaje equivocado para aquellos a quienes aún nos queda demostrar que pueden confiar en nosotros para cuidar de aquellos seres que amaron desde el primer día que los vieron a los ojos con esa ternura que los abrigo hasta el letargo final de un viaje y los acompañó durante su travesía porque de esa forma sabían que su familia jamás los iba a abandonar.

Yo quisiera tener la mitad de esa fuerza, ser valiente como lo fueron ellos, ser capaz de enfrentar el miedo que produce su partida y continuar ese viaje porque ahora al voltear atrás ya no solo están mis vivencias, sino se encuentra una parte de mí que necesita que lo guíe, lo enseñe, lo eduque como ellos lo hicieron conmigo hasta el momento que supieron sería capaz de hacerlos por medio de sus consejos, su sabiduría, su amor, su pasión por lo que hacían. Quizás no me siento listo para seguir adelante, pero ellos sabían de las capacidades que poseo y que ahora tendrán que emerger de mi alma y mi corazón para continuar mi avatar, yo sé que no me dejan solo, porque al mirar hacia arriba ahí estarán esperando a que les hable y preguntar: ¿qué debo hacer?; ¿cómo voy actuar?; ¿qué tengo que decir?, un consejo me dirán que sin duda me servirá para afrontar esa situación.

A mis hermanos que se han ido a los salones del más allá, a seguir aprendiendo que la vida no termina cuando ellos se van, sino comienza con sus enseñanzas para los que permanecemos aquí, quienes escribieron con sus letras la vida que quisieron llevar sin un punto ni una coma de más, tan solo como ellos quisieron vivir, como dos rebeldes que tuvieron la capacidad para enfrentar la época en que los prejuicios por su situación valían más que su condición, su valentía los llevo a conseguir sus logros sin importar lo que tuvieran que sacrificar, jamás pensaron en el que dirán, tampoco se quedaron con las ganas de soñar, porque en las mente de ellos solo se encontraba la palabra triunfar, este trabajo se lo dedico en especial a mis Hermanos Blanca y Salvador, porque ahora solo me observan desde otro lugar.

Sin olvidar a mi familia y la familia de mi esposa; que nos apoyaron en estos dos años de nuestra travesía intelectual, a ella que toleró este sufrimiento escolar porque en ocasiones así lo sentimos y también al pequeño Sebastián, quien más que nadie sufrió ese tiempo de ausencia de sus padres, pero que ahora verá ese esfuerzo como una realidad. A mi esposa que junto conmigo sufrió y padeció este camino lleno de sacrificio y sufrimiento, este trabajo también es de ella.

También agradezco a mi Tutor, Dr. Daniel Rodríguez Velázquez, por su guía y enseñanza para lograr culminar este trabajo que sin sus conocimientos y paciencia no lo habría conseguido, ya que tuvo que trabajar con alguien desvinculado de la academia por 14 años y tan solo con una noción empírica de lo que pretendía ser esta tesis. A los cuatro sinodales: Dra. Berenice Pérez, Dra. Kenia Sánchez, Mtro. Francisco Calzada y Mtro. Eli Evangelista, que realizaron aportaciones que sin duda fueron sumamente valiosas para fortalecer y enriquecer este trabajo, a todos ellos muchísimas gracias.

ÍNDICE

Introducción general.....	7
Capítulo 1. Las funciones del trabajador social en su hábitus hospitalario.....	9
Introducción.....	9
1.1 El surgimiento de trabajo social.....	9
1.2 Las funciones del trabajador social.....	18
1.3 La importancia de la investigación en trabajo social.....	31
1.4 Trabajo social como campo y espacio social desde la perspectiva de Pierre Bourdieu.....	37
1.5 El Hospital Infantil de México como forma de construcción de un hábitus profesional.....	46
Capítulo 2. Las políticas públicas y el derecho humano a la salud.....	51
Introducción.....	51
2.1 Definiendo las políticas públicas.....	51
2.2 Las aportaciones disciplinares en las políticas públicas.....	58
2.3 Las políticas de salud.....	67
2.4 El derecho humano a la salud.....	72
Capítulo 3. Trabajo Social en el contexto institucional por la reconversión hospitalaria por COVID-19 y la política de gratuidad del INSABI: diagnóstico del Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	84
Introducción.....	84
3.1 Las funciones ideales y las funciones reales del trabajador social, una mirada a través de las similitudes con la perspectiva de la institución total.....	84
3.2 Las funciones del trabajador social del HIMFG en el contexto de gratuidad en los servicios por parte del INSABI.....	100
3.3 Las funciones del trabajador social del HIMFG por la reconversión hospitalaria ante la emergencia sanitaria por COVID-19.....	106

Capítulo 4.- Análisis de las categorías del trabajo de campo del profesional en trabajo social del Hospital Infantil de México FedericoGómez.....	113
Introducción.....	113
4.1 Características de las funciones actuales de los profesionales de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez	114
4.2 Trabajo social, política pública y salud en el desempeño de las funciones del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	132
4.3 <i>Trabajo social, derecho humano a la salud y enfoque de derechos en la práctica laboral del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez.....</i>	<i>143</i>
Conclusiones del capítulo 4.....	156
Categoría 1. Características de las funciones actuales de los profesionales de trabajo social del Hospital Infantil de México	156
Conclusiones categoría 2. Trabajo social, política pública y salud en el desempeño de las funciones del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez.....	166
Conclusiones categoría 3. <i>Trabajo social, derecho humano a la salud y enfoque de derechos en la práctica laboral del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez....</i>	<i>168</i>
Hallazgos.....	171
Conclusiones generales.....	172
Anexo Metodológico.....	174
Referencias	176
índice de Tablas.	
<u>Tabla 1. Funciones de trabajo social (A)</u>	19
<u>Tabla 2. Actividades realizadas por los trabajadores sociales</u>	20
<u>Tabla 3. Funciones de trabajo social (B)</u>	21
<u>Tabla 4. Funciones de trabajo social (C)</u>	22
<u>Tabla 5 Funciones de trabajo social (D)</u>	22

<u>Tabla 6. Descripción de las funciones básicas y sus actividades para el trabajador social en el área de la salud</u>	23
<u>Tabla 7: Descripción de las funciones secundarias y sus actividades para el trabajador social en el área de la salud</u>	24
<u>Tabla 8: Funciones para los trabajadores sociales</u>	25
<u>Tabla 9: Funciones del trabajador social en los hospitales</u>	26
<u>Tabla 10. Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social.</u>	114
<u>Tabla 11: Funciones realizadas por el personal de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez</u>	115
<u>Tabla 12: Funciones que se podrían realizar con la gratuidad en el servicio</u>	117
<u>Tabla 13: Funciones que se podrían realizar con la emergencia sanitaria</u>	121
<u>Tabla 14: Definición de función del profesional de trabajo social en su práctica laboral.</u>	124
<u>Tabla 15: Fundamentos teórico-metodológicos en la práctica laboral para atención del usuario y sus problemáticas.</u>	127
<u>Tabla 16. Beneficios de la investigación en su desempeño profesional</u>	130
<u>Tabla 17. Definición de política pública desde su experiencia en la práctica laboral</u>	134
<u>Tabla 18. Relación entre política pública y salud desde la práctica laboral del profesional de trabajo social.</u>	136
<u>Tabla 19. Inserción de trabajo social en las políticas públicas.</u>	139
<u>Tabla 20. Políticas de salud conocidas por el profesional de trabajo social en su práctica laboral</u>	142
<u>Tabla 21. Definición de salud de los profesionales de trabajo social desde su práctica laboral.</u>	145
<u>Tabla 22. Definición de derecho humano a la salud desde su práctica laboral</u>	148
<u>Tabla 23. Enfoque de derechos en la práctica laboral.</u>	151
<u>Tabla 24. Relación entre política pública y derecho humano a la salud desde la práctica laboral.</u>	154
<u>Tabla 25. Funciones realizadas en la práctica laboral, emergencia sanitaria y gratuidad en el servicio</u>	160
Glosario de Términos	6

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos,
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social
DOF	Diario Oficial de la Federación
FITS	Federación Internacional de Trabajo Social
HIMFG	Hospital Infantil de México Federico Gómez
ICCPR	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
ISSEMyM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PEMEX	Petróleos Mexicanos.
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud (anteriormente llamado Seguro Popular)
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
UCSF	Instituto de Ciencias de la Salud Global de la Universidad de California en San Francisco

Introducción general.

El Programa en Maestría de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México representa una oportunidad para los estudiantes de investigar sobre problemas de relevancia nacional; nos corresponde hacer aportaciones y exponer propuestas para incidir en la solución de estos. Por tal motivo en esta investigación se analizan las funciones del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” desde una perspectiva de políticas públicas y derecho humano a la salud. Lo anterior en un contexto diferente al existente al iniciar los estudios en este programa académico, la investigación realizada enfrentó desafíos inéditos debido a dos acontecimientos: 1) *la gratuidad en los servicios de salud por medio de la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)*, y 2) *la prolongada pandemia sociosanitaria por el virus SARS-CoV-2*. Ambos acontecimientos han influido en la dinámica organizacional, normativa y operativa del hospital infantil, que fue una de las instituciones incluidas en la reconversión hospitalaria para la atención emergente de la enfermedad COVID-19, provocada por el virus mencionado.

Las funciones también se modificaron al interactuar con el usuario, debido a que privilegia la “sana distancia”, entrevistas vía telefónica o menores a 15 minutos para evitar riesgo de contagio, uso de cubre bocas y mascarilla. Por sí mismas estas acciones limitan el contacto, generan hábitos de limpieza exhaustivos, privilegian el uso de tecnologías de la información, fomentan la incertidumbre, se presenta la desconfianza de los profesionales de la salud por falta de información y omisiones respecto al trato con los usuarios. Por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué se requiere para incluir la investigación como función estratégica del trabajo social en el ámbito de la política de salud con base en enfoque de derechos?, cuyo objetivo fue: Analizar las funciones del profesional de trabajo social en salud del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” desde un enfoque de políticas públicas y el derecho humano a la salud.

Como parte del proceso metodológico se trató de una investigación con un paradigma naturalista/interpretativo; de enfoque cualitativo, basado en el método fenomenológico, apoyados con las categorías de Pierre Bourdieu: espacio social, campo y hábitos, Como parte del trabajo de gabinete se realizó la revisión bibliográfica sobre las funciones del trabajador social, las políticas públicas y el derecho humano a la salud, así como la relación entre cada uno de ellas para contrastarlo con la realidad del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Como instrumento se utilizó una guía de entrevista para la aplicación de la técnica entrevista a profundidad a los 10 profesionales contemplados en la muestra en el periodo del 21 de septiembre al 4 de diciembre de 2020, la descripción detallada de cada uno de los procesos antes señalados se incluyen en un anexo metodológico que servirá de guía para visualizar la ruta del trabajo de tesis, de igual manera se incluyen 25 tablas, presentadas a lo largo de la tesis, para complementar diversos análisis y hallazgos expuestos en diferentes capítulos.

La presente tesis estará integrada por cuatro capítulos. El primero, titulado “Las funciones del trabajador social en su hábitus hospitalario”, expone y analiza el surgimiento de la profesión, estrechamente relacionado con el modo de producción capitalista a finales del siglo XIX y principios del XX, para la aplicación de las políticas sociales a la población afectada de esa época. Con base en la investigación documental y el análisis consiguiente de las diferentes

funciones de los trabajadores sociales, así como la importancia de la investigación para la comprensión y el desarrollo de estas. Por último, desde la perspectiva de Pierre Bourdieu, se pretende entender la construcción de un hábitus institucional, debido a la interacción que tiene el trabajador social con otros profesionales en el ámbito institucional definido como espacio social, identificando la posición de trabajadores sociales en dicho espacio.

El segundo capítulo, denominado: “Las políticas públicas y el derecho humano a la salud” se estudian los diferentes autores que han escrito sobre la definición de las políticas públicas, sus posturas respecto a la forma de elaborarlas, los diferentes procesos que llevan, así como también las aportaciones de distintas disciplinas en la elaboración, ejecución, y evaluación, donde los profesionales de trabajo social tendrían un nicho de oportunidad en este aspecto, principalmente respecto a las políticas de salud, son analizadas considerando su relación con el derecho humano a la salud.

El tercer capítulo, intitulado “Trabajo Social en el contexto institucional y el diagnóstico del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG)”, expone un análisis de las funciones realizadas ideales y las funciones reales del profesional de trabajo social desde la mirada de la institución total, reconociendo que se somete a los usuarios a procesos institucionales como forma de control y poder para limitar el ejercicio de sus derechos. Las funciones del trabajador social del HIMFG son cambiantes en el contexto de la política gubernamental en materia de salud. Por un lado, la aplicación de la gratuidad en los servicios por parte del INSABI, implicando la desaparición del estudio socioeconómico como instrumento para asignar el nivel de cuotas de recuperación; en segundo lugar, el desastre sociosanitario que impuso la reconversión hospitalaria del HIMFG ante la pandemia por COVID-19, lo que obligó a modificar las formas de trabajo al interior de la institución y por consiguiente la atención al usuario mediante nuevos protocolos de emergencia.

Respecto al cuarto capítulo, cuyo título es “Análisis de categorías conceptuales acerca del profesional en trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez”, consta del análisis cualitativo de tres dimensiones de la realidad actual de los profesionales de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez, a partir de las siguientes tres categorías conceptuales procesadas en el trabajo de campo: *1) características de las funciones actuales de los profesionales de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez; 2) trabajo social, política pública y salud en el desempeño de las funciones del profesional de trabajo social; y 3) trabajo social, derecho humano a la salud y enfoque de derechos en la práctica laboral.* Adicionalmente se exponen diversas conclusiones. Cabe mencionar que para elaborar este cuarto capítulo se debieron superar diversos problemas.

Se hace constar que las entrevistas referidas en diversas citas textuales a lo largo de esta tesis de maestría se identifican con su respectiva clave de folio, dado que se estableció un acuerdo con las y los colegas a quienes se entrevistó de respetar su privacidad, sin consignar sus nombres, exceptuando edad y sexo, así como adscripción a diferentes áreas del HIMFG, las entrevistas se aplicaron en los meses de septiembre a diciembre de 2020.

En razón a lo anterior, se agregan las entrevistas en los apartados de referencias en los capítulos donde son citados los testimonios.

Capítulo 1. Las funciones del trabajador social en su hábitus hospitalario

Introducción

En el presente capítulo se analizan las funciones del profesional de trabajo social, para ello se sitúa su origen en el modo de producción capitalista, periodo ubicado a finales del siglo XIX y principios del XX, como parte de la estructura institucional para la aplicación de políticas que permitieran subsanar las desigualdades ocasionadas por el mismo.

Con base en lo anterior se pretende conocer si la operatividad de tales funciones proporciona al profesional las herramientas necesarias para: 1) proponer una intervención que favorezca la resolución de las problemáticas que implican los procesos de la realidad actual considerando los derechos humanos; 2) generar elementos teórico-metodológicos que posibiliten obtener un cierto grado de cientificidad; y 3) construir conocimiento desde la investigación como una función estratégica.

Para el análisis arriba referido nos apoyaremos en Pierre Bourdieu, con los aportes que hace sus dos categorías: el hábitus y el campo, La primera entendida como esa estructura objetiva y subjetiva que posee el individuo en su interacción con su práctica cotidiana, y la segunda como ese universo micro social donde el hábitus se desarrolla en las relaciones que se gestan al interior del campo, el cual vamos transformando conforme nos vamos moviendo en nuestra posición dentro de ese campo que es la institución de salud y específicamente el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

1.1 El surgimiento de trabajo social

Los orígenes de trabajo social se encuentran fuertemente vinculados con el desarrollo del modo de producción capitalista a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Montaño: 2000, Alayón: 2007, Carballeda: 2016), lo que propició el surgimiento de problemas sociales acordes al contexto sociohistórico de la época como fueron: la pobreza, el desempleo, la salud, vivienda y educación, como lo ejemplifica Gustavo Parra

El desarrollo y la expansión del modo de producción capitalista, así como el mantenimiento del poder hegemónico de la burguesía, requerían esconder o disimular los antagonismos de clase y las contradicciones inherentes al mismo, en una suerte de ardid que permitiera ocultar el carácter explotador del sistema y resaltara los principios de libertad y justicia ligados indiscutiblemente a un individualismo de carácter negativo. Era necesario difundir y generalizar el carácter irreversible del sistema, asegurar el orden social y mantener el status quo, al mismo tiempo que aparecía con fuerza en el escenario socio-político la denominada "cuestión social". (Parra, 2001, p. 9)

Por lo que el Estado previendo que las personas afectadas pudieran desestabilizar al sistema al permanecer al margen de los beneficios que poseían, se vieron en la necesidad de atenderlos. Las instituciones serían el instrumento para la implementación de estas políticas en su nivel operativo por lo que se necesitaba de una “profesión caracterizada por un conjunto de actividades, dentro de las cuales se encuentra la científica, y que envuelve tanto el nivel teórico-científico como técnico-instrumental y práctico-interventivo” (Montaño, 2000, p. 144), es decir, de un profesional con un “vínculo más adecuado con las personas, instituciones y organizaciones sociales a las que dirige su atención” (San Giácomo, 2001, p. 7).

Desde la perspectiva de San Giácomo (2001) existe una vinculación con la población, las instituciones y las organizaciones sociales, basada en la orientación ética enfocada a la preocupación histórica donde está sustentada por los sujetos de la realidad como parte de ese entramado social, sus contextos, las interacciones que se desarrollan ahí, su forma de pensar y sentir respecto a las situaciones específicas; y los sujetos profesionales (los trabajadores sociales en este caso) como aquellos profesionales con los conocimientos para entender y articular esas visiones (percepciones sobre lo que acontece en su aquí y ahora).

De acuerdo con esta postura el objetivo es definir los canales adecuados que permitan lograr los objetivos trazados en una realidad modificada y modificable (San Giácomo: 2001), apoyadas en la investigación para orientar intervenciones sociales adecuadas, eficaces y con la finalidad de propiciar cambios en las personas atendidas, por lo que es indispensable hacerlo con base en aportaciones teóricas a través de la construcción de conocimiento desde la investigación en el ámbito laboral, generando condiciones para insertarla como parte de su quehacer profesional. Para ello la contribución que hacen los sujetos de la realidad (entendidos como los usuarios de la institución) es relevante para incorporar sus experiencias, sus conocimientos sobre el contexto donde ellos interactúan para fortalecer las propuestas de atención hacia ellos.

Tanto los sujetos profesionales (trabajadores sociales) como los sujetos de la realidad (usuarios atendidos en la institución) tienen la posibilidad de realizar un trabajo conjunto con el objetivo de construir procesos para integrar la salud como Derecho de la población infantil y no sólo verla como una cuestión discursiva; sino como una acción fundamentada en un saber formulado por el conocimiento entre la interacción estos dos sujetos, es importante mencionar que lo anterior está más enfocado al contexto latinoamericano del trabajo social con la mejoría de marcos conceptuales y metodológicos que permiten realizarlo. Con un pensamiento complementario, Yamamoto nos aporta algo esencial para relacionar estos saberes entre los dos sujetos (profesional y de la realidad) con las instituciones y las políticas públicas como respuesta del Estado a las problemáticas que afectan a su población:
articular el análisis de las políticas sociales públicas -que condensan estrategias de los Estados y acciones de los gobiernos frente a las tensiones presentes en la sociedad civil- con el conocimiento de los sujetos sociales, esto es, de las condiciones de vida, de trabajo, de la cultura, y de las luchas cotidianas de las clases subalternas

en sus relaciones con los grupos o segmentos dominantes, todo, nutriéndose de la historia del presente. Estas cuestiones se reponen en la agenda contemporánea. (Iamamoto, 2005, pp. 11-12)

Es decir, los sujetos sociales no son atemporales, su historia presente es relevante para entender como son afectados por las diferentes problemáticas que cotidianamente perciben desde su entorno comunitario, en la interacción con los miembros de su familia, por lo que las instituciones y organizaciones, pueden aprovechar este conocimiento para elaborar propuestas adecuadas al contexto social contemporáneo que están viviendo, sus aportaciones pueden enriquecer las formas de elaborar e implementar las propuestas asignadas para ellos. “Las trabajadoras y los trabajadores sociales interactúan no solo con la vida pública de los actores sociales sino también con los ámbitos donde estos construyen sus relaciones (de amor, de odio, de solidaridad y de reciprocidad) y de los que se sirven para interactuar en su vida social más amplia”. (Cifuentes, 2013, p. 180)

Por su parte Montaña (2000) en lo referente al nivel teórico-científico nos dice sobre elementos de forma y fondo que favorecen a los profesionales de trabajo social. La dimensión científica como una actividad donde el nivel teórico-científico provee de este sustento, no solo limitado a una preocupación ética, sino, fundamentada en teorías que permiten entender y comprender a los individuos como parte de una sociedad, ese carácter científico posibilita el conocimiento de situaciones emergentes (en el caso del Hospital Infantil de México Federico Gómez, lo referente a la pandemia por el virus COVID-19) por medio de la investigación de esas realidades, aquí la profesión va más allá de sólo establecerse como una conexión entre los usuarios y las instituciones, sino que tiene elementos para fundamentar su actuar e inclusive crear conocimiento.

La dimensión técnico-instrumental son las diversas técnicas que permiten obtener información sobre las diferentes realidades, percepciones respecto a problemas que se pretenden investigar; son el complemento de la dimensión científica ya que permite adentrarse en el trabajo de campo con los actores y se fortalece con la dimensión práctico-interventivo, donde la experiencia ya sea laboral o académica, pueda contrastar con los referentes teóricos en su aplicación práctica en el ámbito de trabajo social.

La profesión desde la postura de Carlos Montaña (2000) identifica tres elementos interesantes: 1) el nivel teórico que posibilita una elaboración científica de su actuar al poseer conocimientos que dotan de elementos para entender la realidad; 2) el nivel práctico donde se puede contrastar la parte teórico-conceptual con la experiencia del profesional de trabajo social en el centro laboral y; 3) el nivel de intervención como una serie de procesos definidos por cuestiones teórico-metodológicas que proporcionan alternativas en las instituciones de acuerdo a las características y recursos disponibles de los usuarios. La teoría, la práctica y la intervención son una triada que forma parte de trabajo social y pareciera ser que en las instituciones se presentan de forma aislada sin tener un punto de inflexión que

permita aportar conocimientos para adecuarse a la realidad con una visión alternativa.

Para Carballeda (2016) el trabajo social es una disciplina, como lo indica a continuación:

Una disciplina del campo de las ciencias sociales, como tal, utiliza aportes teóricos de éstas y aporta desde diferentes modalidades a la construcción de conocimiento de éstas; por un lado, desde la investigación de las temáticas que aborda, por otro, a partir de la investigación acerca de sus procedimientos de intervención social y también desde el desarrollo de la intervención disciplinar (Carballeda, 2016, p.2)

Trabajo Social está adscrita al campo de las ciencias sociales, se apoya de teorías para investigar los problemas sociales y los emergentes con la finalidad de insertarse en la realidad de forma diferente para entenderlos, de tal modo que sus intervenciones contribuyan a incidir en la sociedad con una base metodológica para el desarrollo de la disciplina desde su propia trayectoria, con la posibilidad de crear conocimiento.

Ser parte del campo de las ciencias sociales implica una articulación de factores donde la fundamentación teórica apoye las acciones profesionales; la investigación coadyuve a entender las problemáticas de nuestra realidad y los contextos donde se desarrollan, así como la construcción de conocimiento para la intervención social, y por medio de la investigación fortalecer la práctica profesional en el ámbito institucional, como lo afirma la siguiente cita:

las directrices reconocen a la investigación como elemento constitutivo -y no apenas complementario-, tanto de la formación como del ejercicio profesional. La investigación de situaciones concretas, aliadas a las determinaciones macro sociales, es condición necesaria tanto para superar el desfasaje entre el discurso genérico sobre la realidad social y los fenómenos singulares con los cuales el asistente social se enfrenta a su cotidiano, como para develar las posibilidades de acción contenidas en la realidad. (Iamamoto, 2015, p.15)

Ya sea visto como profesión o disciplina, los trabajadores sociales son parte de la estructura Gubernamental por medio de sus instituciones para atender los problemas sociales como resultado del modo de producción capitalista como ya se ha precisado en párrafos anteriores, esto trajo como consecuencia la realización de funciones determinadas por aparato institucional en la implementación de las políticas públicas.

Como parte del engranaje institucional se trabaja con otros profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, sociólogos, antropólogos, pedagogos, comunicólogos) cada uno de ellos tiene funciones y actividades específicas dentro del hospital (entendido como un espacio social), con sus aportaciones específicas para resolver las problemáticas (uso de capitales); sin embargo “el ejercicio profesional de las(os) trabajadora(es) sociales se encuentra tensionado por un dominio institucional de atrapamiento y extrañamiento de la propia práctica, por un lado, y por las contradicciones inherentes a la condición de trabajador asalariado inscripto en la tendencia de precarización y flexibilización laboral que instala la fase actual del

desarrollo capitalista” (Malacalza, 2019, pp. 60-61), lo antes mencionado se ejemplifica con el siguiente testimonio:

¿Cómo es posible que estés operando un programa federal con tantos recursos y con tantos millones, si ni siquiera sabes cómo, y estás utilizando las de un programa antiguo que, según el mismo presidente, no funciona? Entonces ahí es la incongruencia de una política federal, de una política pública. Con los pinches programas federales que tienes para cubrir, para poder cubrir esa política pública (Entrevistada folio 01; 47 años; trabajadora social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Esto trae consigo ciertos conflictos para trabajo social en las instituciones como son la subordinación profesional por la ausencia de un carácter que dote sus acciones de científicidad; la ética profesional gremialista entre los objetivos e intereses de la institución y la atención de los usuarios, así como el respeto a los derechos humanos, principalmente el derecho a la salud. “Toda organización formal establece unos vínculos más o menos rígidos que delimitan el comportamiento de sus miembros y regulan las relaciones que son importantes para el funcionamiento de la propia organización” (Pelegrí, 2004, p. 37)

Dado este funcionamiento institucional que difícilmente encuentra entre sus marcos el ejercicio de Derechos como procesos de reivindicación hacia las personas o comunidades, el profesional de trabajo social operativo encuentra algunas incongruencias con respecto a las políticas institucionales aplicadas a los usuarios para favorecer su acceso, es imprescindible atender los contextos actuales con la finalidad de conocer los obstáculos de la población, incorporarlos a los programas establecidos, acordes con las necesidades de ellos, su percepción al sentir una omisión o abuso de su parte al interior de la institución. Entender que sin la participación de todos los actores (usuarios/población, institución, profesionales, el Estado), no es posible encontrar respuestas para lograr el acceso a los derechos sociales “las instituciones y sus actores no tienen la capacidad de resolver aisladamente la conflictividad social”. (Malacalza, 2019, p. 63) se requiere la participación de los involucrados en dichas problemáticas.

Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), “actualmente más de una tercera parte de los trabajadores sociales de todo el mundo desempeñan sus tareas profesionales en el ámbito sanitario y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población” (Abreu, 2009, p. 74). En el caso de América Latina en el 2015 la FITS estimaban “más de 200,000 trabajadores sociales y trabajadores sociales”.

En el ámbito nacional “las instituciones han sido parte importante de la acción profesional del trabajo social” (Tello & Órnelas, 2015, p 4) “Se debe destacar que una gran parte de los trabajadores sociales laboran en el sector de la salud” (Ribeiro, López & Mancinas, 2017, p. 177) donde han encontrado un espacio para desarrollar sus actividades profesionales.

Las instituciones de salud han sido tradicionalmente el lugar destinado para los trabajadores sociales, en primera instancia por el considerable número de profesionales que desempeñan sus actividades en esos espacios y en segunda instancia debido al perfil ideologizado por los médicos, enfermeras y psicólogos sobre sus acciones con los usuarios, sin embargo a pesar de contar con una amplia experiencia esta no se ha podido convertir en algo más que “consejos y buenas intenciones sacadas de experiencias personales” (Tello y Órnelas, 2015, p. 4). Esta sería una buena oportunidad para buscar espacios de reflexión mediante la documentación de casos con bases sólidas y metodológicas que permiten realizar sesiones con aportaciones constructivas entre los trabajadores sociales con la intención de elaborar propuestas basadas en los contextos actuales y respetando el enfoque de derechos.

La idiosincrasia del médico en las instituciones de salud es predominante sobre el trabajo que realizan los demás, “muchas veces el reconocimiento del poder del trabajo social queda apagado por las debilidades disciplinarias que se reconocen a la profesión, fruto de sus insuficiencias científicas y de un bajo estatus socio-profesional” (Pelegrí, 2004, p. 28) aquí se visualiza la ausencia de ese capital cultural en el carácter científico por esas debilidades que no permiten identificar el tipo de funciones que podría realizar por la carencia de referentes teóricos aplicados a los casos de atención, así como metodologías de intervención, por lo que son considerados como apoyo para realizar funciones de menor impacto dentro de las instituciones. Dicha tensión deriva del carácter vertical de las instituciones, sobre todo en el llamado sector salud, donde la población usuaria está frente a las inercias de la tecnocracia médica, por lo que el derecho humano a la salud no es reconocido ni observado por el predominio de la superioridad biológica, que por otra parte minimiza la importancia del trabajo social, aunado a que la estructura interventiva, defendida por la mayor parte de trabajadores sociales parte de una concepción donde la intervención externa por sí misma resuelve problemas, la cual no asume ni comprende el enfoque participativo.

Los profesionales de trabajo social inmersos en el área de la salud como lo indica Godoy (2018) realizan funciones de carácter administrativo burocrático, absortos en actividades rutinarias, que resuelven de manera inmediata y fragmentada algunas necesidades, lo que puede visualizarse como un retroceso profesional, ya que mientras otras profesiones en el campo de la salud van generando espacios de atención con los usuarios y pacientes (psicología por ejemplo), van descartando este tipo funciones por su formación y posición dentro de la institución, relegando esas acciones a otros profesionales como el trabajador social donde tradicional e ideológicamente son contemplados para este tipo de actividades, “ocupa una determinada posición en la estructura organizativa y, en función de ella, puede estar en un puesto subordinado o en diversos niveles jerárquicos que le comportarán situaciones y grados de poder diferentes”. (Pelegrí, 2004, p. 27) o como lo indica Ruiz

Son diversas las funciones que tiene encomendadas el trabajador social dentro de las instituciones de salud, cada una de ellas da lugar a una serie de actividades que deben ser atendidas por estos profesionales durante su jornada laboral. Durante el desarrollo de sus actividades se van presentando determinadas situaciones inherentes a esa práctica, que el profesional debe enfrentar y resolver en el propio terreno, lo que obliga a dar respuestas inmediatas que demanda la dinámica misma de la institución. Es así que los trabajadores sociales invierten buena parte de su jornada en funciones asistenciales, e incluso algunos de ellos tienen una carga importante de tareas administrativas, lo que les impide dedicar tiempo a otras actividades también significativas, y que pasan a un segundo plano, en espera de que las prioridades institucionales les den oportunidad (Ruiz, 2018, pp. 14-15).

Como se puede apreciar la dinámica institucional en muchas ocasiones no permite una actuación integral del profesional y debido a su carga de trabajo por acciones de carácter administrativo deja de lado actividades sustanciales como la investigación o la intervención, no hay una reflexión de esa práctica realizada y en ocasiones la interioriza como parte de la institución, razón por la cual prioriza esos objetivos como propios en su actuar, “hemos de reconocer que, con frecuencia, la enajenación del servicio cotidiano lleva a considerar todo el hacer como actividades aisladamente administrativas” (Tello, 2017, p. 91) de “primer contacto” para que el médico ejerza su liderazgo político institucional, aunado a que estos profesionales en el campo de intervención muchas veces se limitan a cumplir burocráticamente sin atender las causas del problema. La idea central de las autoras radique en el intervencionismo del trabajo social es suficiente para atender y resolver necesidades, por ello el enfoque de derechos humanos cuestiona directa o implícitamente el funcionamiento institucional del Estado por su carácter excluyente, ya que se requiere de la participación de la sociedad, los profesionales, las instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

Sería pertinente incorporar en estos procesos institucionales a los usuarios no solo vistos de forma práctica, asistencialista o de dependencia, como suele estigmatizarles, sino como sujetos de acción profesional, poseedores de información valiosa ya que sus vivencias, percepciones, pensamientos sobre lo que acontece en su día a día, provee de información para ser analizada por el trabajador social y” estar en condiciones de ofrecer alternativas de solución, formular consejos, programar acciones, elaborar proyectos” (San Giácomo, 2001, p. 33) que desafortunadamente no son utilizadas en práctica laboral cuando los usuarios acuden a la institución.

Solemos percibirlos como actores pasivos como lo expone Saul Karsc (2007) no como productores de saber, desaprovechando sus aportaciones en el contexto social donde están inmersos, desde su realidad vivencial, no permitimos pasar de lo vivido a lo sabido, de la conciencia y sus representaciones, a la teoría, a las argumentaciones, ser considerados parte de las construcciones teóricas de los profesionales en su aplicación práctica al interior de la institución.

Tanto los profesionales de trabajo social con sus conocimientos, apoyados con los usuarios en su conjunto pueden desarrollar investigaciones que apunten las metodologías de intervención, realizar publicaciones, establecer procesos formales de acción, proporcionar alternativas a las problemáticas que presentan, es por eso que “el trabajo comprometido y responsable que desarrollan los trabajadores sociales en las instituciones, con frecuencia deja de lado las cuestiones académicas y de investigación” (Ruiz, 2018, p 14) por lo que sería indispensable considerarlo para lograr una visión diferente del trabajo realizado carente de científicidad, autonomía en sus adscripciones laborales y no aferrarse a una idealización gremialista para modificar su actuar.

Los aportes de Ballesteros, Viscarret, y Úriz respecto a lo expuesto en las últimas líneas del párrafo anterior exponen de mejor manera la cuestión gremialista, idealista e ideológica del trabajo social:

- a) Se constata la prevalencia de funciones de tipo asistencial y burocrático.
- b) Se confirma el creciente desempeño de funciones orientadas a la gestión, planificación, coordinación y administración social.
- c) Se evidencia la escasa implicación de los profesionales en la actividad investigadora (Ballesteros, Viscarret & Úriz, 2013, p. 130)

Es de resaltar lo descrito en el último punto, si, consideramos la formación académica de los profesionales, el acceso a la información sobre temas específicos, las tecnologías de la información como forma de apoyo para congresos y conferencias nacionales e internacionales. La escasa participación en cuestiones académicas y de investigación, no permite a los profesionales de trabajo social una especialización para incidir de mejor manera en las situaciones sociales emergentes; aunado a que “el 81,8 por ciento de los profesionales encuestados reconoce que su trabajo habitual se encuentra algo o bastante relacionado con la realización de tareas burocrático-administrativas que no están directamente relacionadas con el Trabajo Social” (Ballesteros, Viscarret & Úriz, 2013, p. 130)

Lo mencionado en el párrafo anterior, es vinculante con lo planteado por Montaña sobre “lo crítico en el Trabajo Social expresa substantivamente una capacidad, una postura, una perspectiva de crítica en el análisis social del profesional y en su accionar. El “Trabajo Social crítico” no significa otra cosa sino la crítica como herramienta de análisis y horizonte de acción de los profesionales”. (Montaña, 2017, p. 32) La postura y su forma de acción profesional respecto al análisis de su práctica, permite a los trabajadores, hacer un proceso reflexivo, crítico, analítico del desempeño laboral; como esos conocimientos trabajan de manera articulada con los usuarios, para generar procesos con una mirada complementaria que aporta elementos para resolver problemáticas desde las condiciones sociales de un tiempo y espacio presente.

La perspectiva crítica, no está visualizada en el imaginario de los trabajadores sociales, y de cierta forma se realizan las actividades de un “trabajador social tradicional que opera, manipula los instrumentos, los aparatos, aunque sin siquiera

conocer la estructura y su dinámica, ni la realidad más allá de la fenomenidad, de la pseudoconcreticidad. Tiene un conocimiento instrumental, operativo, no crítico, ni fundamental” (Montaño, 2017, p. 48)

Hasta este punto la perspectiva crítica que aborda Montaño (2017), nos parece interesante y de cierta manera ausente de la práctica laboral en las instituciones, debido a que carece de procesos reflexivos que alimenten su actuar profesional, mecanizando los procesos institucionales referentes a trabajo social, encasillándolos en actividades burocrático-administrativas asumidas y desarrolladas cuasi como un dogma a seguir, privilegiando el tiempo atención al usuario y la urgencia por resolver una situación apremiante para gestionar insumos o estudios necesarios, como se observa en el siguiente testimonio:

uno; por el horario, porque el horario siempre está limitado a, a lo que, ¿cómo te diré?, yo siento que mi función más que nada es administrativa, ok. ¿Por qué? Porque yo no puedo agarrar, y en un momento decir, ha, lo vamos a mandar a tal y tal lado o se va a hacer una coordinación en esto, en esto otro; ¿por qué?, porque eso te vas en horarios, en horarios, este, en días y horarios hábiles. [...] Cuando te llegan y te piden apoyo para tanque de oxígeno, o sea, tú puedes agarrar y orientar y dar una relación y decir aquí puede hablar la, la, li, la, la, la, la, pero tú no puedes hacer una coordinación institucional porque tu horario te limita, pero tampoco puedes dejarlo, [...] Entonces mi función si ha sido más que nada limitar hacia la orientación, y hacía la educación, (Entrevistada folio 06; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias velada, entrevista realizada el día 23 de octubre de 2020)

El carácter administrativo de su función está presente en su actuar profesional por una cuestión de horario para realizar sus actividades, depende de otras instancias para obtener una respuesta satisfactoria y la búsqueda de insumos se basa en la orientación y asimilación de la información proporcionada al usuario. En este ejemplo no hay tiempo para realizar un trabajo crítico, analítico y reflexivo debido a la respuesta casi inmediata de una atención urgente por la dinámica laboral impuesta por la institución y el mismo usuario.

Sin embargo, la propuesta de Carballeda (2016), la cual considera al trabajo social como disciplina dentro del campo de las ciencias sociales, construye conocimiento, investiga y utiliza aportes teóricos, sería la postura indicada para el trabajo social al interior de los ámbitos laborales institucionales de la salud. Elementos para acrecentar el conocimiento en dichos espacios laborales están presentes por la permanente interacción con el usuario, el acercamiento a sus problemáticas mediante las entrevistas para conocer la situación socioeconómico-cultural, más allá de la aplicación un estudio socioeconómico para asignar un nivel de cuotas de recuperación, dejando de lado el enfoque de derechos.

Ante esta práctica burocrática, se plantea en esta investigación desarrollar procesos de intervención-acción con la propia población usuaria, mirar desde la operatividad de sus funciones el binomio teoría-práctica, establecerla como parte de una de las funciones del Departamento de Trabajo Social del Hospital Infantil de México

Federico Gómez. No minimizar la experiencia con la connotación empírica, sino potencializar ese aspecto con fundamentos teórico-metodológicos que provean de herramientas para elaborar procesos de atención e intervención al usuario fundamentados con marcos conceptuales y aportaciones teóricas que favorezcan su acceso a los derechos sociales, promuevan alternativas de solución, considerando los diversos entornos donde transitan y tenga la capacidad de convertirse en ciudadanos en el ejercicio de sus derechos. En los orígenes del trabajo social ha predominado la interpretación de las dimensiones filantrópica y caritativa, sin embargo, es importante reflexionar acerca de la importancia de que en el futuro inmediato la profesión se comprometa con los usuarios, reconociendo sus derechos humanos como un ámbito de responsabilidad institucional y profesional, en la perspectiva de que se contribuya al ejercicio de su derecho humano a la salud.

1.2 Las funciones del trabajador social

Como se ha mencionado en el punto anterior, la inserción del trabajador social en el ámbito institucional relacionado con la formación teórica-metodológica requerida para dicha actividad fue por un mandato legal y deber del Estado para implementar las políticas sociales de los problemas que aquejan a la sociedad inmersa en el modo de producción capitalista de su época (salud, empleo, educación, seguridad, recreación), sin embargo “también es cierto que no todas las organizaciones se comportan igual con sus profesionales, siendo la administración pública y las grandes empresas las que erosionan más la autonomía profesional” (Pelegrí, 2004, p. 37).

Desde el comienzo las hegemonías institucionales propiciaron una subordinación del trabajador social en la realización de sus funciones donde persiste la visión de apoyo, entendida como la búsqueda de asociaciones para gestionar medicamentos de alto costo, la realización de estudios extramuros, así como: información sobre albergues para estancia de los usuarios; entrega de formatos para aseo personal, alimentación y lavado de ropa, o cualquier otra información desconocida por médicos, enfermeras o psicólogas, no se percibe la visión de apoyo que aporta Abreu:

El apoyo social tiene una entidad suficientemente relevante para el trabajo social sanitario como para ser clasificada como área de intervención propia. En ésta, el trabajador social sanitario aplica metodología de trabajo social comunitario y grupal. Con el desarrollo de esta área en los próximos años se pretende potenciar la creación de grupos de ayuda mutua en salud y el fomento del voluntariado. Sin embargo, el desarrollo del área de apoyo social se ve comprometido por la escasez de recursos humanos en trabajo social sanitario y la diversidad de tareas y funciones que deben asumir estos profesionales. (Abreu, 2009, p. 76)

La perspectiva institucional de la asistencia consiste en: coordinaciones con otras instituciones para solicitar determinada información o solicitar documentación requerida, localizar pacientes, proporcionar números de registro hospitalario, números telefónicos y direcciones en caso de no contar con ellas; actividades que, si

bien profesionalmente no requieren de una elaboración cognitiva, sí implican una serie de técnicas que representan la inversión de tiempo y relegar otras funciones con mayor incidencia por parte de los trabajadores sociales.

Con esta breve presentación comenzaremos a definir lo que es una función, para Vázquez y Cid de León (2015) es lo que se hace de forma regular, sistémica, por el rol asignado para alcanzar los objetivos profesionales. Bajo este concepto, es el trabajo cotidiano asignado por la institución y los usuarios atendidos, hay un objetivo profesional, es decir, están encaminadas a lograr metas establecidas y no un trabajo improvisado.

Otra definición es “el tipo de actividad laboral que caracteriza e identifica el trabajo socialmente útil que realiza el hombre para alcanzar un objetivo determinado dentro del marco donde se desempeñe y las interacciones que haya con los diferentes actores”. (Correa, Corena, Chavarriaga, García, & Usme, 2018, p. 201). Desde esta mirada la visión social de nuestro actuar es lo que caracteriza en el ámbito laboral, es decir, entender los contextos, las afectaciones de la cuestión política, económica, cultural en las interrelaciones entre los sujetos y el profesional.

Otro concepto de función es “el papel desempeñado, reconocido y aceptado por la sociedad para los miembros de una disciplina, que se materializa en las actividades o tareas que determinan el ejercicio de una profesión” (Torres, 2008, p. 3). Se aportan elementos interesantes como el reconocimiento, aceptación y desempeño de profesional por parte de la sociedad, realizando actividades parte de una disciplina (trabajo social) que delimitan su actuar, podría decirse, la diferencia que hay con los otros profesionales de la institución en su trabajo operativo.

Estas funciones son parte del ejercicio profesional del trabajador social en su práctica cotidiano, tienen objetivos y una utilidad, así como actividades que son parte de sus contenidos disciplinares. Para Correa, Corena, Chavarriaga, García, y Usme (2018) hay cuatro funciones en las diferentes áreas profesionales de trabajo social, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Funciones de trabajo social (A)

Función
Atención Directa
Planificación y evaluación
Gerencia y administración
Investigación y docencia
Fuente: Elaboración propia con información de Chavarría, García & Usme, 2018, p 202.

La más acorde para los profesionales de la salud sería la primera (atención directa), definida como:

La detección y tratamiento psicosocial de las necesidades sociales individuales, grupales, familiares y de la comunidad, los trabajadores sociales gestionan los recursos humanos y organizativos, contribuyendo así a la administración de las

prestaciones de responsabilidad pública, su distribución y la protección de las poblaciones (Correa, Chavariaga, García & Usme, 2018, p. 202).

Esta atención directa va más allá de trato administrativo u orientaciones informativas para la obtención de beneficios. Implica la gestión de recursos de cualquier índole, el ejercicio de los derechos, el conocimiento sobre cuestiones sociales, se contemplan los ámbitos grupales, familiares y comunitarios como parte integral de su atención.

Por su parte Órnelas y Brain (2018) no las definen como funciones sino como actividades como se mencionan a continuación:

Tabla 2. Actividades realizadas por los trabajadores sociales

Actividad	Definición
Informativas	en donde se incluyen acciones de orientación y asesoría, como pláticas e informes sobre diversos tópicos.
Diagnósticas,	como el estudio socioeconómico, visitas domiciliarias, entrevistas, revisión y actualización de expedientes, notas de Trabajo Social e informes de seguimiento de casos
De atención directa a usuarios	atención de casos y trabajo con grupos
De gestión administrativa	vinculación, trámites, control administrativo, asignación de cuotas de recuperación.
Trabajo con otros profesionistas	investigación, análisis y seguimiento de casos, reuniones de trabajo, intervenciones multidisciplinarias con usuarios y familiares.
Fuente: elaboración propia con información de Ornelas & Brain, 201, pp. 84-85	

Desde esta perspectiva las actividades de atención directa a usuarios y de gestión administrativa serían acordes para el desempeño de los trabajadores sociales de las instituciones de salud, por las similitudes entre estas actividades y las realizadas en la práctica laboral de los trabajadores sociales en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Otra aportación sobre las funciones corresponde a Pacheco (2018) quien realizó una revisión bibliográfica de autores clásicos de la disciplina como son: Natalio Kisnerman, Ezequiel Ander Egg, Carlos Eroles, Carlos Montaña y Lucilda lamamoto, su propuesta considera funciones generales para los trabajadores sociales, las cuales mencionaremos a continuación:

Tabla 3. Funciones de trabajo social (B)

Función	
a)	Prevención,
b)	Asistencia,
c)	Rehabilitación,
d)	Capacitación,
e)	Investigación e identificación de factores que generan problemas sociales,
f)	Diagnóstico
g)	Promoción social
h)	Planificación de alternativas para la modificación de necesidades sociales,
i)	Ejecución
j)	Administración de recursos institucionales,
k),	Dirección coordinación de programas sociales,
l)	Organización popular,
m)	Educación social
n)	Función política

Fuente: elaboración propia con información de Pacheco, 2018, pp. 66-67

Si bien no están desarrolladas conceptualmente, tienen similitudes en los nombres de las funciones que manejan tanto Correa, Corena, Chavarriaga, García, y Usme (2018), como Órnelas y Brain (2018), identificando las siguientes: rehabilitación, capacitación, diagnóstico, promoción social, administración de recursos institucionales, dirección de coordinación de programas sociales, organización popular, educación social y función política. Es notorio otro tipo de componentes como son la promoción, educación y organización. Sin embargo, persiste la condición tradicional de trabajo social a pesar de plantear la transformación social como forma de cambio histórico

La incorporación de aspectos políticos plantea un trabajo social crítico o contemporáneo que busca incidir desde aspectos organizacionales formales como pueden ser instituciones gubernamentales, de la sociedad civil o de la iniciativa privada, sin embargo, el problema estructural de incidencia, sobre todo en el aparato gubernamental, es realmente complicado sin la implementación de metodologías propicias para su realización. El trabajo social debe tener claridad de los aspectos políticos, como lo mencionan los trabajadores sociales entrevistados respecto a su inserción en alguna de las fases de la política pública: formulación/elaboración; ejecución/implementación, y evaluación, considerando que tienen los elementos teórico-prácticos para aportar en alguno de los procesos antes mencionados, así como la dimensión científico-técnica de su quehacer profesional, es decir, procesos sustentados con el método científico, fundamentados en las ciencias sociales que permitan incidir en la sociedad y las instituciones con una documentación sólida que supere el pragmatismo resolutivo.

Por su parte Álava, Rodríguez y Párraga (2017) han desarrollado las siguientes funciones:

Tabla 4. Funciones de trabajo social (C)

Función	
1.	preventiva
2.	de atención directa
3.	de planificación
4.	docente.
5.	de promoción social
6.	de mediación
7.	de supervisión
8.	de evaluación
9.	gerencial
10	de Investigación.

Fuente: elaboración propia con información de Álava, Rodríguez & Párraga: 2017; pp. 3-4

Se considera la función de atención directa la más acorde a las instituciones de salud por la definición propuesta por los autores:

Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, grupos y comunidades, como actores activos para que hagan frente a dicha problemática social y afronten por sí mismas futuros problemas e integren satisfactoriamente en la sociedad (Álava, Rodríguez & Párraga, 2017, p. 3).

Encontramos similitudes entre Álava, Rodríguez y Párraga (2017); Correa, Corena, Chavarriaga, García, y Usme (2018) cuando proponen desarrollar las capacidades y facultades de los usuarios y no verlos como actores pasivos durante la intervención, esto implicaría olvidar la visión tradicional de imposición profesional para resolver sus necesidades, sino como forma de hacerlos parte de ese proceso resolutivo donde sus conocimientos resultan esenciales para el logro de objetivos; por su parte en el trabajo de Órnelas y Brain (2018) explícitamente no están abordando de la misma forma a los usuarios y se podría decir que es la intervención con el equipo multidisciplinario donde estaría presente la participación de esa población como parte de su intervención y en el caso de Pacheco (2018) la función de asistencia sería la que probablemente tendría una equivalencia similar a la de atención directa.

Otros autores como Ballester, Viscarret, y Úriz (2013) distinguen las siguientes funciones para los trabajadores sociales las cuales se presentarán a continuación:

Tabla 5 Funciones de trabajo social (D)

Función	
1.	preventiva.
2.	de atención directa
3.	de planificación.
4.	docente.
5.	de promoción e inserción social.
6.	de supervisión.
7.	de evaluación.
8.	gerencial.
9.	investigación
10.	coordinación

Fuente: elaboración propia con información de Ballester, Viscarret y Úriz (2013), p. 128

Nuevamente se presenta una coincidencia en la función de atención directa con Correa, Corena, Chavarriaga, García, y Usme (2018); Órnelas y Brain (2018); Álava, Rodríguez y Párraga (2017), acorde al trabajo realizado en las instituciones, definida como:

la atención de individuos o grupos que presentan o están en riesgo de presentar, problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social. (Ballestero, Viscarret & Úriz, 2013, p. 128)

Al igual que en los trabajos anteriores, la función de atención directa sería la más acorde a los contextos institucionales, debido a que propicia el desarrollo, capacidades y habilidades de las personas, lo cuestionable aquí sería quienes son aquellos que aspiran a “integrarse” satisfactoriamente a la vida social, como lo entienden los autores. Por su parte Margarita Terán (1986) propone las siguientes funciones básicas del trabajador social inserto en el área de la salud como se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 6. Descripción de las funciones básicas y sus actividades para el trabajador social en el área de la salud

Función	Actividades que le corresponden
Investigación	Diseñar protocolos específicos, identifica factores económicos, sociales y culturales que interviene en la frecuencia y distribución de la enfermedad, conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud, determinar la necesidades sociales y los recursos de salud, estimar el costo social de los programas y proyectos de salud, hacer estudios de prospectiva sociales por la educación en México, establecer el perfil de usuarios en el servicio, participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud (local, regional o nacional)
Administración	Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades sociales del sector salud, participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general, establecer coordinación con institutos de salud y de bienestar social en diferentes niveles, propiciar la ampliación de cobertura de los servicios, buscar la optimización de la eficiencia de recursos intra-institucionales, controlar procesos administrativos del servicio de trabajo social, promover las mejoras en la atención integral, mejorando la cantidad y calidad de esta, mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos, diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de trabajo social, establecer sistemas de coordinación intra y extra-institucionales, participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (siniestros y catástrofes), hacer acopio de material didáctico y de difusión.
Educación	Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad, impulsar la educación para la salud física y mental, promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y medicina preventiva, orientar a la población sobre el aprovechamientos de los servicios de salud, promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, hogar, etc., organizar grupos transitorios de pacientes y familiares, organizar grupos motivadores de pacientes y familiares, diseñar material de apoyo didáctico.
Asistencia	Valorar el otorgamiento de servicios a partir de estudios socioeconómicos y psicosociales y canalización de pacientes a otras instituciones
FUENTE: Elaboración propia	

Las actividades correspondientes a la función de investigación no se perciben desde la perspectiva tradicional sino, pretender ir más allá de los datos estadísticos para presentar informes como la comprensión de los entornos sociales, las afectaciones de los aspectos socioeconómicos-familiares-culturales en el proceso salud enfermedad.

Respecto a las actividades de administración buscan tener un papel más relevante tanto en el sector salud como en la institución, ser parte de la de los procesos de elaboración y distribución de presupuestos en beneficios de los sectores más vulnerables, como una parte de la estructura orgánica con poder de decisión sobre el uso de los recursos.

Las actividades de educación si muestran un carácter asistencial con la finalidad de aprovechar los servicios de salud, permanece ausente el enfoque de derechos, no concibe a los usuarios como ciudadanos, en lo concerniente a la prevención y enseñanza, son simplificadas solo información asimilada, sin un proceso cognitivo para interiorizar los derechos y la ciudadanía como parte de su construcción como sujetos.

Las actividades correspondientes a la asistencia guardan esa connotación al otorgar los servicios mediante la aplicación del estudio socioeconómico; actividad asociada únicamente a los trabajadores sociales en las instituciones de salud.

Terán (1986) coincide con los autores revisados en la función de investigación y asistencia; destacando la importancia que tienen principalmente la investigación para el trabajador social, por su parte maneja las funciones secundarias con sus respectivas actividades para complementar las funciones básicas, como se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 7: Descripción de las funciones secundarias y sus actividades para el trabajador social en el área de la salud

Función	Actividades que le corresponden
Enseñanza	Asesorar estudiantes y pasantes de trabajo social, orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector, sesiones de supervisión, coordinar actividades con trabajo social, difundir funciones y programas a nuevos estudiantes, promover asistencia a eventos de superación académica profesional, realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actuación en el área
Promoción social comunitaria	Participar en campañas de salud, realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental, integrar grupos de educación para la salud en comunidades, organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos de desastre o siniestro, coordinar intra y extra-institución, la identificación, traslado, y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro
Orientación legal	Orientar a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina legal, coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva, establecer el aviso y coordinación con el agente del ministerio público, canalizar el acceso.
Sistematización	Analizar el conjunto de casos atendidos, para conformar indicadores del perfil de usuario, teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación, teorizar sobre los logros de acciones comunitarias, detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida, integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad, generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo, teorizar sobre las formas específicas de trabajo social
FUENTE: Elaboración propia.	

La sistematización desde la visión de esta autora Terán (1986) tiene como fin último teorizar sobre las funciones del trabajador social, construir conocimiento de la profesión desarrollando una práctica con sustento epistemológico, conceptual y contextual que provean de un grado de científicidad su acción profesional.

La orientación legal pretende lograr una trascendencia en las funciones realizadas por el trabajo social, sin embargo, existe una carencia de conocimientos sobre medicina legal y procedimientos a realizar en el ministerio público por parte de la familia, su injerencia no solo radica en la elaboración de un informe social sobre los hechos para integrarlo a un expediente médico.

Respecto a la función de enseñanza, mantiene el carácter tradicional de la profesión con la difusión, orientación de estudiantes, así como la promoción de eventos para la superación académica como forma de incentivar a los profesionales para trascender en la institución, observándose la cuestión gremialista de trabajo social respecto al deber ser y no a la cuestión científica y académica.

La función de promoción social comunitaria mantiene al igual que la anterior su carácter tradicional que ha acompañado a trabajo social con la formación de grupos y educación para la salud, quizás la salvedad sea la población atendida en caso de desastre o siniestro, aunque esa vulnerabilidad también ha sido parte de la ideología sobre lo que hace trabajo social.

Por su parte Díaz (2003) indica diversas funciones de los trabajadores sociales que se presentan a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 8: Funciones para los trabajadores sociales

Función	
1.	preventiva.
2.	promocional dirigida a promover la creación de los recursos sociales necesarios.
3.	asistencial.
4	rehabilitadora.
5..	de gerencia.
6.	de investigación.
7.	docente.
8.	gestión.
9.	realización de encuestas.
10.	propuestas de mejora de la calidad de la asistencia.
11.	sugerencias y reclamaciones.
Fuente: elaboración propia	

Se podría considerar la función asistencial similar a la de atención que han manejado los otros autores, se define como “la función por medio de la que se atiende a la población, tanto a nivel individual, grupal o comunitario, una vez que los problemas se han producido y requieren atención inmediata en las consecuencias de una crisis determinada” (Díaz, 2003, p. 6) tiene similitudes con sus colegas al afirmar que se atiende a la población en tres niveles (individual, grupal y comunitario) para resolver una problemática social específica, su carácter es de intervención ya que su atención

se presenta cuando el problema ha ocurrido, lo que diferiría de las anteriores definiciones. Un aporte importante de Díaz (2003) para los profesionales de la salud insertos los hospitales es el siguiente:

Tabla 9: Funciones del trabajador social en los hospitales

Funciones
Atención en el plano social a través del estudio, diagnóstico y tratamiento social.
Información, orientación y asesoramiento en la problemática social planteada.
Gestión y aplicación de los recursos existentes.
Aportación a otros profesionales de los aspectos sociales que puedan incidir en el proceso del paciente.
Derivación, en su caso, de las problemáticas sociales planteadas a los servicios sociales correspondientes.
Participación en las comisiones de trabajo que se forman en el hospital (comisión de bienestar social, comisión de ética asistencial, junta técnico asistencial, etc.).
Información a la dirección de los aspectos sociales relevantes.
Participación en la formación propia del personal de la institución.
Coordinación en una doble vertiente, extrahospitalaria con otros profesionales para estudiar y evaluar las distintas problemáticas sociales y para la derivación de pacientes, e intrahospitalaria con el personal y los servicios del mismo
Fuente: elaboración propia

El estudio socioeconómico es uno de los instrumentos importantes para el trabajador social en los hospitales para la elaboración del diagnóstico y tratamiento social, el autor no explica si estas funciones son para todos los niveles de atención del sector salud (primer, segundo o tercer nivel) o solamente corresponde a uno en específico, la siguiente cita nos brinda un panorama respecto a los niveles de atención en salud:

En el sector público, existen tres niveles de servicios personales de salud. El primer nivel lleva a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud (OPS/OMS México, s/f)

Cada nivel de atención tiene funciones específicas por parte de los trabajadores sociales que laboran en las diversas instituciones, como la prevención de enfermedades y las implicaciones en su vida cotidiana en caso de no atenderse, están se enfoca más al ámbito comunitario.

En el segundo nivel de atención las funciones serían diagnósticas y de atención directa, enfocadas a conocer las causas del internamiento, las redes de apoyo social disponibles, interacciones en el marco comunitario, disposición de recursos e infraestructura para llevar un proceso adecuado de esa enfermedad. “Se han llevado a cabo reflexiones que construyen una realidad no sólo simbólica acerca del proceso

salud enfermedad sino otra que involucra a la biología humana en estrecha relación con su parte social”. (López, Preciado, Hernández, Hernández & Ortiz, 2012, s/p)

El tercer nivel de atención requiere de atenciones más complejas y especializadas para las enfermedades, para ello se tienen a los 12 Institutos Nacionales de Salud con la intención de aportar su conocimiento mediante investigaciones para atenderlos, por lo que los trabajadores sociales tendrían una oportunidad para apoyarse de esa herramienta y buscar la posibilidad de comenzar a dotar de científicidad sus acciones.

No es algo impensable ya que una las aportaciones de los Institutos Nacionales de Salud, es la investigación científica para desarrollar avances en cuestión médica, sin embargo, la parte social no puede estar aislada de la cuestión biológica. “El enfoque “biomédico” a la salud está tan arraigado en la investigación de la salud y en la formación de los profesionales de la salud —y también en el discurso público sobre la salud en Occidente— que se da por sentado” (Yamin, 2018, p. 112)

No basta solo el enfoque biomédico de la salud para dar respuesta a la enfermedad, se requiere de otros elementos, por ejemplo la familia, “trabajo social no interviene en la enfermedad sino en las relaciones con los familiares para que asuman el problema que enfrentan como grupo” (Tello, 2017, p. 87) para la autora el elemento principal no es la enfermedad en sí misma, sino las relaciones instauradas dentro del grupo familiar a través de este proceso e integrando a la comunidad para asumir e incorporar en la agenda profesional. Esas interacciones con cada uno de sus miembros que se modifican con la aparición de un integrante enfermo, enfatiza lo social, entendido con la relación que hay entre los familiares con el entorno donde se desenvuelvan, considerando los factores económicos, sociales, comunitarios y culturales que pudieran determinar la intervención del trabajador social:

Consideramos que en los procesos de salud/enfermedad/atención existen al menos tres aspectos interactivos que se involucran recíprocamente. Por un lado, una dimensión objetiva relacionada con las condiciones materiales de existencia de las poblaciones (acceso a una vivienda digna, alimentación suficiente y necesaria, trabajo decente, educación, acceso al disfrute de la cultura y a la recreación). En segundo lugar, una dimensión subjetiva que comprende los modos en que cada sujeto asume singularmente el proceso de salud enfermedad, en relación directa a cómo cada colectivo construye sus propias representaciones y prácticas de cómo vivir, enfermarse o morir. Y encontramos también una tercera dimensión fuertemente vinculada con las anteriores, la dimensión social. (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 29)

El aspecto social no está fuera de la dimensión objetiva y subjetiva de los usuarios, por lo que tampoco tendría que estar al margen de las funciones de los trabajadores sociales, si bien hay condiciones generales, también se encuentran peculiaridades que radican en la aplicación práctica de cada uno de los contextos institucionales donde se lleven a cabo, debido a que el personal de trabajo social está adscrito a los tres niveles de atención y no propiamente al tercer nivel, por esta razón los

conocimientos sobre una realidad que no es estática, requiere de interpretaciones acordes a los momentos histórico socio culturales por parte de estos profesionales, reflexionando sobre la subordinación, pasividad, conformismo y objetivaciones institucionales que no fomentan construcciones teórico conceptuales, ni incentivan las investigaciones:

En muchas ocasiones el trabajo realizado junto a los que más sufren, los excluidos y olvidados del sistema, genera en los profesionales una mezcla de fastidio y frustración, al no poder satisfacer las demandas requeridas. Estas situaciones producen angustia, que se traduce luego en desgano, apatía y/o parálisis; o, en su defecto, en desengaño, perplejidad y mayor preocupación. En el primer caso, se corre el riesgo de una sobre adaptación institucional, caracterizada por la pérdida de autocritica, autocomplacencia, excesiva competencia, intolerancia a la crítica, problemas de relación, etc., que conllevan a culpabilizar al trabajador cercado por la burocracia estatal, ocultando la naturaleza política tanto de la prestación del servicio como de su práctica. Y en el segundo, la posibilidad de enfermar que provoca un progresivo deterioro físico y emocional ante la sensación de no poder hacer nada diferente ante lo que se presenta a la hora de intervenir. (Malacalza, 2019, p. 60)

La atribución para trabajar con grupos vulnerables por parte de la profesión predispone a desarrollar ciertas actitudes sin posibilidades reales de modificar la situación desfavorable donde se encuentran, y si agregamos en componente político de las instituciones desde la implementación de las políticas públicas, nos colocan en desventaja con los usuarios porque “la ambigüedad constitutiva y constituyente del trabajo social, puesto que tiene que «promover el cambio, pero sin alterar el orden». Esta ambivalencia confronta ineludiblemente al profesional con su rol de delegado de dichas estructuras y le hace partícipe del poder que detentan”. (Pelegrí, 2004, p. 22)

Cambio sin alteración de las estructuras desde el ámbito laboral en las instituciones, obstaculiza el desempeño profesional y los alcances con los usuarios. Es por ello, que se cree necesario trazar la línea de las funciones bajo la dirección de especificidad planteada por García, como un complemento necesario para trabajo social, define la especificidad como:

La especificidad profesional es una construcción histórico-social se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Este ámbito de relaciones está constituido por SUJETOS SOCIALES que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una práctica profesional, por lo tanto, es una relación social que identifica y delimita a los sujetos involucrados en la intervención profesional y le otorga a cada uno un lugar y una función (García, 1991, p. 19, mayúsculas tomadas del texto citado)

La especificidad es una construcción histórico-social de la acción de los profesionales para intervenir con los sujetos sociales, con base en la práctica profesional e interacciones con ellos, es indispensable el conocimiento del profesional y de los sujetos por medio de sus experiencias que enriquecen el proceso entre ambos, porque implica “reconstruir en un sentido epistemológico el proceso de construcción de los elementos constitutivos del saber y del hacer profesional y

explica el contenido de significación” (García, 1991, p 23). La especificidad está constituida de los siguientes elementos:

- **Sujetos Sociales:** Individuos, sectores o instancias sociales que están involucradas en la intervención profesional en su relación con el objeto de intervención.
- **Objeto de Intervención:** Fenómeno real y concreto que demanda ser atendido, también es una construcción intelectual en la medida que se le construya como objeto de estudio a fin de dar cuenta de él desde una teoría.
- **Marco de referencia:** Es el conjunto de representaciones desde las cuales se entiende y conceptúa el problema, objeto de intervención, el tipo de interacción entre los sujetos sociales involucrados y se establecen objetivos y procedimientos. Es la fundamentación de la intervención y también se contemplan:
 - **Objetivos específicos.** Señala lo que se pretende lograr a través de la intervención en el problema instituido como objeto de la misma.
 - **La función social:** Es la incidencia que tiene la intervención en las relaciones sociales involucradas en el objeto de intervención.
 - **Procedimientos metodológicos:** Constituyen la dimensión operativa en cuanto plantea qué hacer y cómo hacerlo para lograr los objetivos señalados.
- **Saber especializado:** Construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia en cuerpo teórico y metodológico que se fundamente en concepciones doctrinarias, políticas y científicas.
- **Ejercicio Profesional:** Conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en las diferentes áreas de intervención donde la profesión se inscribe como práctica partícipe de la dinámica social
- **El Curriculum:** conjunto de interacciones (prácticas y representaciones políticas, pedagógicas, culturales) a través de las cuales se desarrollan en la academia el proceso de formación de los profesionales del campo.
- **Mercado de trabajo.** Es el espacio heterogéneo y complejo donde la especificidad aparece como oferta y demanda de determinadas capacidades, habilidades y funciones.
- **Identidad y Status:** La identidad son los rasgos distintivos que caracteriza a quien ejerce la especificidad y que estructuran una imagen social a través de la cual la sociedad “mira” y reconoce a los profesionales. El estatus es un reconocimiento social (fundamentalmente externo) colabora a delinear los aspectos de identidad que son atribuidos por la sociedad e incorporados por el “gremio” en su interacción social. (García, 1991, pp. 19-22)

La especificidad posee elementos sustanciales para contribuir al desempeño de las funciones de los profesionales de trabajo social con elementos teóricos, metodológicos, conceptuales, contextuales, referenciales, capaces de responder a las situaciones problemas, con alternativas acordes a la realidad del sujeto social, considerando las relaciones de su interacción con la sociedad y a su vez permite la construcción de conocimiento sobre esos problemas y necesidades porque también incorpora esos saberes desde las personas afectadas. La autora pone de manifiesto una intervención basada en componentes definidos conceptualmente, surgidos de la práctica cotidiana en los diversos espacios laborales del trabajador social, están presentes fundamentos teóricos metodológicos y de intervención que posibilitan una

inserción direccionada, intencionada, con base a una programación delimitada, coherente con esa realidad social.

Para García Salord (1991) hay una especificidad en trabajo social como parte de una estrategia teórico-metodológica que parte de definir que es el trabajo social, su objeto de estudio, sus objetivos específicos y su función social, veamos:

- un saber especializado: conocimientos específicos que permite entender y comprender la realidad con un soporte teórico que lo sustente.
- un campo profesional: espacio donde se aplicarías esos conocimientos y hagan una diferencia con otras profesiones o disciplinas que trabajen con el mismo objeto de intervención.
- objeto de intervención: individuo, grupo, colectivo que presentan una necesidad o demanda y requiere una respuesta o alternativa para ese momento histórico-espacio-temporal.
- procedimientos: métodos o metodologías que permitan realizar esa intervención.

Esa especificidad se podría complementar con las funciones de trabajo social para dotar a la profesión de argumentos teóricos, epistemológicos, conceptuales y de intervención en los espacios institucionales, como es el de la salud. Esto puede ayudar a una integración de un equipo multidisciplinario con una participación de trabajo social, sin estar asociada a labores administrativas dentro de ese equipo.

La profesión tiende a asumir una postura de sumisión “el Trabajo Social se encuentra en una posición de subordinación cuando trabaja en instituciones que cubren una función universal (salud, educación, etc.), siendo el objeto de los otros”. (Míguez, 2017, p. 173) quizás esa postura sea de manera consciente al identificar las deficiencias disciplinares que presenta al interior de la institución respecto los otros profesionales, quizás por las cuestiones personales asociadas a la cuestión gremial y la falta de reconocimiento al interior de esos espacios, esto trae consigo que otros profesionales lo encasillen en ciertas actividades específicas sin “construir marcos epistémicos que posibiliten diseñar e implementar abordajes interdisciplinarios. Este posicionamiento obliga a reconocer la incompletud de las disciplinas y trascender sus fronteras. Se trata de abandonar la naturalización del recorte que cada disciplina efectúa”. (Malacalza, 2019, p. 61) las aportaciones que puede realizar el trabajador social complementan el trabajo de los otros profesionales, es decir, el conocimiento de la familia y su contexto al llegar a la institución es indispensable para favorecer u obstaculizar el tratamiento.

Trabajo social puede hacer aportaciones mediante la práctica, la intervención y la investigación, para lograr una integración al equipo multidisciplinario o abrir espacios de análisis interdisciplinar más allá de una descripción del sistema familiar e información sociodemográfica de los usuarios, sino con sustentos teórico-metodológicos que requieran ser parte de los abordajes institucionales integrales “venimos afirmando la centralidad de la investigación en la formación y en el ejercicio profesional; en la actualización docente, en la formación de nuevas generaciones de investigadores y en la cualificación del ejercicio profesional” (Iamamoto: 2005; p. 9)

razón por la cual en el siguiente puntos se abordará la función de investigación en trabajo social y la importancia que tiene para la profesión.

1.3 La importancia de la investigación en trabajo social

Para trabajo social la investigación es una parte fundamental de su acción profesional y esto se refleja en la revisión bibliográfica de los autores donde todos coincidieron en ella ya que aportaría elementos para afrontar las situaciones complejas y emergentes que se presentan los usuarios en los diversos contextos sociales, ya que actualmente la enfermedad no se entiende solamente desde la visión biológica, sino contempla las condiciones del entorno familiar, comunitario, social, económico y cultural. Reconocer el saber que les proporciona su vivencia subjetiva, es decir, la experiencia concreta que les afecta y aquello que cada uno le asocia como significación a partir de su visión de la realidad. “Se trata de reconocer otros tipos de saber igualmente legitimados y no circunscritos al poder profesional” (Pelegrí: 2004; p. 33)

Otro de los aportes de la investigación, está presente el siguiente párrafo:

Se trata de una actividad fundamental para subsidiar la construcción de alternativas críticas para el enfrentamiento de la cuestión social, que escapen a la mistificación neoliberal; para subsidiar la formulación de políticas sociales alternativas a los dogmas oficiales, a la actuación de los movimientos de clases subalterna y así también, para subsidiar la formulación de propuestas profesionales que fortalezcan la ruptura con el conservadurismo y afirmen el compromiso con el trabajo, los derechos y la democracia (Iamamoto: 2005; p. 9)

No solo implica un enfrentamiento sustentado con la cuestión social, también está ligada al ejercicio de los derechos de la población, la democracia y promueve la formulación de políticas sociales diferentes a las establecidas por el Estado. El conocimiento respecto a la situación de los usuarios en sus diferentes contextos, tratar de visualizar desde su práctica, su experiencia como perciben esas problemáticas y las medidas para atenderlas, elementos sustanciales para desarrollar la investigación al interior de los aparatos institucionales donde se encuentran los trabajadores sociales.

Como parte de una estructura orgánica institucional se está sujeto a normas y políticas que de cierta manera delimitan el actuar profesional, su hacer, “La institución no formaliza, ni comprende este hacer del trabajador, para sus informes, le basta, con la participación del trabajador social en ciertos trámites administrativos” (Tello, 2013, 38) la participación se vuelve intrascendente para los objetivos de la disciplina como la producción científica a través de las investigaciones e intervenciones y del propio profesional de trabajo social, que pierde esa capacidad para incidir en esa realidad cada vez más compleja.

Esto se relaciona con la ruptura entre los objetivos de las instituciones y de los profesionales de trabajo social en el ámbito laboral, como se ejemplifica a continuación:

Es común escuchar de parte muchos colegas ciertas frases hechas, tales como: “Atendemos la urgencia”; “Sólo trabajamos con el emergente”; “Hacemos lo posible dentro de los límites de la institución. Detrás de dichas urgencias existen sujetos histórico-sociales, portadores de demandas y verdaderos protagonistas de estas situaciones “emergentes”; sujetos que no pueden ser identificados exclusivamente por una situación de necesidad o de carencia, sino como portadores de una “experiencia social”, mucho más rica y compleja que el mero acceso o concesión de un bien o servicio (Parra, 2017 p. 26)

Valdría la pena reflexionar en lo expuesto en la cita anterior, si bien es cierto que los usuarios en su mayoría acuden a la institución por una urgencia, sería necesario diferenciar e identificar mediante un trabajo reflexivo, consciente y profesional estas situaciones para evitar la realización de un trabajo rutinario, apresurado, sin contemplar elementos subjetivos de la atención del usuario y no percibirse como una actividad que realizada por un trabajador social burocratizado, es decir, proporcionar apoyos, gestionar insumos e implementos, informar sobre cuestiones específicas, sin profundizar en situaciones familiares complejas como si no hubiera parámetros definidos sobre lo que hace este profesional. Esta situación se hace visible en el trabajo realizado por Órnelas y Brain cuando “las usuarios de la institución afirman que acuden a trabajo social en busca de atención, para cubrir una necesidad o resolver un problema concreto, que casi siempre requiere una respuesta en el corto plazo” (Ornelas & Brain, 2018, p. 81), es decir, una respuesta inmediata o de urgencia para la parte médica en la mayoría de los casos, respecto a las otros profesionales que trabajan con ellos (psicólogos, enfermeras y médicos) reportan la siguiente información: “todos reconocen como necesaria la presencia y existencia de una trabajadora social en la institución, para atender a la población, para orientar, asesorar, informar, ser primer filtro o contacto y, en general, para “apoyar” a las personas”. (Ornelas & Brain, 2018, p. 81)

Se les considera personal de apoyo y no un soporte profesional complementario al trabajo del denominado equipo multidisciplinario (médico, enfermería, psicología y trabajo social) “el papel que desarrolla la trabajadora social en el trabajo en equipo no es de líder, sino de colaboradora; o cumplen el papel de ayudante”. (Ornelas & Brain, 2018, p. 82)

Se reduce el trabajo social a la gestión administrativa, “es una reducción desafortunada de la profesión y también una interpretación errónea de lo que se hace” (Tello; 2013: p. 37) hay una voluntad academicista dividida por un lado características de la profesión establecida como propias de su actuar, sin la valoración institucional; y por otro lado el diseño de objetivos no académicos en el centro laboral. esta apreciación respecto al profesional de trabajo social lo convierte en prescindibles por “la inexistencia de un cuerpo teórico propio, la carencia de método único, la ausencia de objetos, de cuestiones sociales particulares a éstos”

(Montaño; 2000: p.116) y si se agregamos la cuestión de poder ausente en las instituciones, hay un alto riesgo de ser sacrificables.

“La relación del trabajador social con los demás profesionales involucrados en determinado marco institucional se sustentará en que nuestro trabajo representa una faltante de conocimiento para las otras profesiones” (San Giácomo; 2001: p. 131) es decir, las contribuciones realizadas son necesarias ya que se vuelven parte sustancial para los otros profesionales, ya sea en el aspecto familiar, comunitario, económico y cultural. Sin embargo, para Órnelas y Brain hay otra mirada diferente a esta complementariedad:

conforme transcurrió el tiempo, su actuar en las instituciones se fue relegando a actividades meramente administrativas y técnicas, perdiéndose la esencia social de nuestro hacer profesional; en ello influyeron diversos factores, como la subordinación a la actividad de profesiones consideradas como protagónicas; el escaso reconocimiento de nuestra labor de intervención integral, destacando solo la tarea de recolección de información, para que otros sean los que intervengan; la subordinación de lo social a lo médico, jurídico o psicológico, entre las más importantes (Ornelas & Brain: 2018; p. 83)

Hay que resaltar dos aspectos importantes de la cita anterior: 1. las jerarquías y el poder establecido en las instituciones gubernamentales; y 2. los derechos humanos que no son respetados en esos espacios. En ambos casos el trabajador es objeto del poder como lo indica Pelegrí donde “el profesional será el receptor de las dinámicas de poder que otros individuos, estructuras o instituciones, ejerzan sobre él” (Pelegrí: 2004; p.28) respecto a las jerarquías y poder establecido hay una subordinación implícita en los trabajadores sociales al mantener una discursividad gremialista que no incorpora la cuestión académica entendida como fundamentos con criterios de científicidad en la elaboración de objetivos sustanciales que posibiliten otra alternativa más allá de proporcionar apoyo o hacer tareas administrativas. En cuanto al respeto de los derechos humanos por parte de los trabajadores sociales al estar dentro de esa supeditación profesional introyectan la ideología dominante al interior de la institución acatando las indicaciones administrativas y de tramitología de los otros sin considerar el enfoque de derechos en su actuar.

Razón por la cual se hace necesaria la investigación como parte de su trabajo institucional para incrementar ese conocimiento que pueda establecer vínculos sobre la realidad vivida por los usuarios y la operatividad de las instituciones, mostrar que es posible trabajar desde un enfoque de derechos, “el trabajo profesional ya no pertenece a su ejecutor, es propiedad de la organización a la que sirve, la cual puede, por tanto, marcarle las reglas de juego” (Pelegrí: 2004; p.39) cuestiones de poder y jerarquías son difíciles de superar cuando la idealización sobre lo que debería ser la profesión se mantiene como prioritario en las instituciones, buscar por medio de la investigación un lugar para ubicar al trabajo social como parte esencial de los procesos salud-enfermedad como se refiere a continuación:

un recorrido que nos permita comprender que la salud-enfermedad no es sólo un problema biológico ni tampoco sólo social, sino que su mera existencia se expresa y se manifiesta como resultado de un complejo entramado de relaciones,

principalmente de poder, presentes en cada forma de organización política, económica y social. (López: 2016; p. 7)

Entender las relaciones existentes entre la política, la economía, la cultura y lo social, las cuales van a determinar el acceso al Derecho a la Salud que impacta directamente a las instituciones, donde los trabajadores sociales en la parte operativa observan situaciones complejas en la ejecución de programas como una visión médico biologicista que no integra las perspectivas antes mencionadas (económica, política, cultural y social) cuya preocupación radica en una recuperación física del cuerpo mediante el sometimiento a un procedimiento quirúrgico o tratamiento de costo elevado y tiempo prolongado.

La investigación permite saber los factores sociofamiliares que podrían tener esas familias para adecuarse a los tratamientos y como intervenir en ellos; ubicar los recursos familiares que puedan ser herramientas propias de los usuarios para resolver las situaciones que los afectan; conocer los contextos donde habitan comunitariamente, ver las relaciones que se han establecido, su interacción, las redes de apoyo social que favorezcan su proceso.

Si bien es cierto que la investigación no se visualiza como parte de la acción profesional de los trabajadores sociales dentro de la institución, brinda la posibilidad para entender la realidad, los contextos sociales de los usuarios y su inserción dentro de un marco económico que dificulta el acceso a la salud como Derecho Humano, donde la formalidad de un empleo garantiza ese acceso, y aquel que se encuentre en situación de informalidad no puede acceder a ella.

Bajo la premisa anterior se requiere de un empleo formal para ser beneficiario del régimen de seguridad, sin embargo, la población atendida en el Hospital Infantil de México Federico Gómez carece de ella, por lo que la atención basada con un enfoque de derechos humanos sería parte fundamental para la elaboración de sus políticas institucionales y procesos administrativos pensando que “los derechos humanos son indivisibles e interdependientes. El principio de indivisibilidad reconoce que ningún derecho humano es intrínsecamente inferior a ningún otro. Los derechos económicos, sociales y culturales deben ser respetados, protegidos y realizados en las mismas condiciones que los derechos civiles y políticos” (ONU, 2006, p. 3)

El enfoque basado en derechos humanos tiene como uno de los principales objetivos el acceso de la población a los servicios de salud como lo indican la OMS (2013) y considera a la investigación: “un instrumento poderoso para resolver una amplia gama de interrogantes acerca de cómo conseguir la cobertura universal, y proporciona respuestas para mejorar la salud, el bienestar y el desarrollo del ser humano. (Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013, p. xi) Considerando lo anterior y basados la revisión bibliográfica y las aportaciones de los entrevistados en la muestra, la función de investigación para el profesional de trabajo social en las instituciones es de suma importancia para los aportes de 1) intervención, 2) de construcción de conocimientos, y 3) elaboraciones conceptuales, sin embargo, dicha

función se percibe más como imposición, que como parte de sus acciones profesionales reduciendo el impacto verdadero que tendría para la profesión.

Complementando la pertinencia de la investigación para el trabajador social Álava, Rodríguez y Párraga “Identifica cómo se construyen y distribuyen las situaciones problemas, las percepciones de los sujetos afectados, el conocimiento y nivel de aprovechamiento de los recursos, así como la cantidad y calidad de estos” (Álava, Rodríguez & Párraga, 2017, p. 5). Señalan la importancia de las percepciones de los usuarios y sus familias respecto al problema que les afecta, resaltan el valor de sus conocimientos para ser aprovechados por el trabajador social en una interacción entre los participantes en esa situación problema y el profesional que los atiende.

Estas investigaciones proyectan una mirada diferente que pretende eliminar los absolutismos dicotómicos que profesa la ciencia tradicional con su universalismo, su dominio sobre las causas y los efectos de los acontecimientos sociales como una forma de manejarlos o adecuarlos a su régimen. La investigación es una alternativa para conocer esa realidad, atenderla, insertarse en ella desde una complementariedad racional sin imposiciones, sin absolutismos, sin debates sobre su veracidad y validez. Los agentes son los productores y producto de las investigaciones, son quienes construyen de la mano del investigador esas situaciones sociales producto de su historia, su espacio y su tiempo.

“La investigación es condición insoslayable del fortalecimiento del Trabajo Social en el actual milenio; sin embargo, partimos de la práctica, en cuanto fortaleza tradicional de la profesión. (Cifuentes, 2013, p. 169) la fuerza de la profesión está fundamentada en la práctica, en la experiencia, una debilidad con posibilidades de revertirla “si todo profesional debe hacer uso del conocimiento teórico; sin éste, el profesional sólo desarrollará una tarea intuitiva, voluntarista, sustentada en el sentido común”. (Montaño, 2017, p. 34) se tiene la capacidad de apoyarse en los referentes teóricos para lograr que esa práctica se convierta en una potenciador del conocimiento del trabajador social.

Así lograr el objetivo de la investigación en trabajo social, considerando su práctica y su experiencia en las instituciones de salud, apoyada en la interacción con los usuarios ya sean sujetos de la realidad o sujetos sociales, insertos en una sociedad donde conviven con las problemáticas que lo afectan de manera directa en sus diferentes ámbitos, de tal forma se podría argumentar su actuación profesional con referentes teóricos que promuevan procesos de atención adecuados para los usuarios y sus familias, respetando los derechos humanos y favoreciendo su acceso a la salud.

Investigar no solo está destinado para la comunidad científica o para un gremio académicamente establecido, legitimado por el estado y la sociedad, sino que los profesionales al interior de la institución tienen esa facultad, como se demuestra a continuación:

Pensar la investigación en Trabajo Social, ligada a la idea tanto de producción de conocimiento como de construcción y de transformación social, implica reconocer y valorar la pluralidad de enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos. La investigación profesional tiene alcances y proyecciones diversas, se realiza en contextos, con poblaciones y desde perspectivas diferentes, pero ha de estar ligada siempre a los fines de la profesión. Se realiza, además, en una doble dirección: de una parte, se ocupa de la producción de saber en torno al objeto de conocimiento y construcción de la profesión; de otra, de la reflexibilidad que históricamente ha caracterizado al Trabajo Social; la profesión misma se constituye en objeto de comprensión y de transformación. (Cifuentes: 2013; 171)

Por un lado, el objetivo es incrementar el acervo de la profesión por medio de las investigaciones, producir conocimiento desde trabajo social para su objeto de atención, de forma conjunta sin fragmentarlo, los elementos están ahí: la práctica, la experiencia, el conocimiento y los métodos, están a la espera de iniciar el recorrido por esta travesía casi inexplorada en el marco de las instituciones de salud “Lo que se espera de la relación de la investigación con el Trabajo Social es la producción de conocimiento, cuyos objetivos son proporcionar significados y posiciones desde los cuales construir y deconstruir los objetos que son analizados” (Bueno: 2013; p. 135) a través de los usuarios que acuden a la institución con su visión y percepción respecto a sus problemáticas.

Por lo que El Hospital Infantil de México Federico Gómez al considerado un Instituto Nacional de Salud conforme al Artículo 5, Fracción I; y por consiguiente de acuerdo con el Artículo 6, A los Institutos Nacionales de Salud les corresponderá:

Fracción I: Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud;

Fracción II: Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, integrándolos al Repositorio Nacional de Acceso Abierto a Recursos de Información Científica, Tecnológica y de Innovación, de Calidad e Interés Social y Cultural, de conformidad con lo estipulado en la Ley de Ciencia y Tecnología

Uno de los objetivos de los Institutos Nacionales de Salud es la investigación científica en el campo de la salud, para lograrlo requiere de profesionales con la formación y capacitación para realizarla. Se tiene considerado realizar estudios e investigaciones socio médicas área en la cual podrían incorporarse los trabajadores sociales, para generar conocimientos, divulgar los resultados y las innovaciones que puedan obtenerse. La Ley de los Institutos Nacionales de Salud en su Título Tercero, Ámbito de los Institutos, Capítulo I Investigación, Artículo 37 menciona lo siguiente:

La investigación que lleven a cabo los Institutos Nacionales de Salud será básica y aplicada y tendrá como propósito contribuir al avance del conocimiento científico, así como a la satisfacción de las necesidades de salud del país, mediante el desarrollo científico y tecnológico, en áreas biomédicas, clínicas, socio médicas y epidemiológicas.

Como parte del engranaje profesional de las instituciones en la parte operativa de las políticas públicas de salud, los trabajadores sociales son parte de ese objetivo que marca la ley de los Institutos Nacionales de Salud y sin duda pueden hacer contribuciones para el conocimiento científico y las necesidades de salud del país como la resalta la ley antes citada.

1.4 Trabajo social como campo y espacio social desde la perspectiva de Pierre Bourdieu.

Como ya se ha mencionado el surgimiento de trabajo social tuvo su origen como disciplina y/o profesión a principios del siglo XX debido a las desigualdades existentes por el modo de producción capitalista:

el trabajo social como profesión presenta algunas características particulares vinculadas con su origen y desarrollo histórico, que data de más de cien años en el mundo. Ella surge y se legitima en el contexto del desarrollo capitalista industrial y la expansión urbana para dar respuesta a los problemas sociales que emergen como producto de la modernización y de las características que adquiere la tensión capital-trabajo en ese momento histórico. (Malacalza, 2019, p. 62)

De tal modo por medio de las instituciones el Estado busca reducir estas desigualdades, al menos discursivamente en el caso del gobierno mexicano y es ahí bajo “este contexto de fuerte condicionamiento –donde los trabajadores sociales se hallan demasiado cerca de las demandas y necesidades sociales– y frecuentemente demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión”. (Malacalza, 2019, p. 61)

Esos espacios reflexivos difícilmente pueden presentarse al interior de las instituciones ya que “el profesional se ve empujado por la urgencia o la productividad que forman parte de las expectativas organizativas y no son definidas por la relación trabajador social-cliente. La eficiencia económica se impone a la interacción profesional y proporciona la excusa de esta relación de poder”. (Pelegrí: 2004; p. 39), es bajo esa urgencia eficientista instrumentada por las instituciones que de manera directa o indirecta están regidas por el mercado y el poder económico visto en ocasiones como una mercancía o cosificando a la persona, elementos que en el campo y el espacio social son relevantes en las interacciones con los demás profesionales en las instituciones de salud como lo es el Hospital Infantil de México Federico Gómez, Miguez nos aporta lo siguiente:

El espacio social (como formas de relación social) pasa a ser determinado por formas de acción social. Cada vez más aspectos de la vida humana pasan a ser controlados por la sociedad. La institución permite una determinada relación social, permite el contacto entre grupos opuestos, pero no resuelve el problema (Miguez: 2017: p.173).

La institución de cierto modo establece relaciones sociales entre los diversos profesionales que comparten el espacio social, y en ocasiones no logran responder a la situación expuesta, sin embargo, esto no evita su interacción, su proximidad, por mínima e imperceptible que parezca, como lo expresa Bourdieu:

Pero este espacio está construido de tal manera que los agentes, los grupos o las instituciones que en él se encuentran colocados tienen tantas más propiedades en común cuanto más próximos estén en este espacio; tantas menos cuanto más alejados. Las distancias espaciales —sobre el papel— coinciden con las distancias sociales. No sucede lo mismo en el espacio real. Por más que se observe casi por todas partes una tendencia a la segregación en el espacio, las personas próximas en el espacio social tienden a encontrarse próximas — por elección o por fuerza— en el espacio geográfico, las personas muy alejadas en el espacio social pueden encontrarse, entrar en interacción, por lo menos en forma breve e intermitente, en el espacio físico. (Bourdieu, 1987, p. 130)

El HIMFG es una institución de salud de alta especialidad con atención de padecimientos complejos, no solo en el aspecto biológico (enfermedad), sino también en cuestiones sociales (pobreza, desempleo, violencia, educación, dinámicas familiares complicadas) de los usuarios que acuden ahí, y a su vez desconocen sus derechos por ese distanciamiento social entre la institución que no propicia una cercanía con la población atendida basada en ese enfoque para atender un problema de salud, además de los diversos profesionales con una formación académica que permite abordar cada una de las problemáticas antes mencionadas de las cuales tendría que haber un conocimiento respecto al enfoque de derechos (específicamente trabajo social) por consiguiente, se establecen relaciones por fuerza debido al internamiento urgente del usuario por su problema de salud; tratamiento especializado en ocasiones de un costo elevado o procedimiento quirúrgico, sin considerar los aspectos contextuales, familiares, estructurales que los han llevado a ese lugar por una necesidad que no implica una proximidad en el espacio físico y mantiene ese distanciamiento.

En cuando a los demás profesionales su relación es por elección; el proceso hospitalario de atención indica al médico acudir con enfermería y trabajo social; la primera como apoyo en la atención del problema de salud; el segundo como parte del procedimiento normativo de atención a los familiares, el espacio geográfico está determinado institucionalmente, las relaciones entre los profesionales y los agentes determinan el espacio social, cuando más cerca este el médico del paciente y su familia, mayor proximidad en su relación. Esta similitud es perceptible con enfermería y trabajo social; una mayor proximidad, permite tener conocimiento de su entorno, contexto, entender desde la subjetividad que poseen, esa objetividad representada en la atención, tratamiento y recuperación de la enfermedad.

Por consiguiente, los agentes que interactúan ahí (usuarios, diferentes profesionales -médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, contadores, administradores-, y personal administrativo) establecen relaciones entre ellos, con una cierta posición con respecto al otro y esta puede cambiar de acuerdo con los intereses de cada uno, como se describe a continuación:

un sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación a las otras (v.g, autoridad/súbdito; jefe/subordinado; patrón/empleado; hombre/mujer; rico/pobre; distinguido popular; etc.) El “valor” de una posición se mide por la distancia social que le 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. (Giménez, 1997, p. 13),

Se identificaron en Giménez aportaciones relevantes respecto al pensamiento de Bourdieu sobre el espacio social el cual "está construido de forma tal que los agentes (diferentes profesionales que laboran ahí) ocupan en él posiciones semejantes o vecinas situados en condiciones y sometidos a condiciones semejantes, y tiene todas las posibilidades de tener disposiciones o intereses semejantes, de producir por lo tanto prácticas también semejantes" (Bourdieu: 1987; p. 131). Por lo tanto, "hay que elaborar el espacio social como una estructura de posiciones diferenciadas, definidas, en cada caso, por el lugar que ocupan en la distribución de una especie particular de capital" (Bourdieu, 1997, p. 28), el siguiente testimonio ejemplifica el espacio social en la parte operativa del profesional de trabajo social:

a lo mejor antes había sesiones con los médicos, a lo mejor antes había una intervención psicológica, a lo mejor antes había un plan de trabajo social que te llevara a que un paciente se trasplantara o no, o el hecho de decir si este paciente es viable para trasplantarse, este paciente no es viable para plantarse, y poder llevarlo hacia ese camino. [...] te puedo decir que uno trataba de darle un seguimiento a los pacientes y llevarlos a, pero finalmente quién determinaba quién entraba a un trasplante, era el doctor, no tú. (Entrevistada folio 01, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Se puede apreciar claramente los agentes involucrados en ese espacio social (psicóloga, médico, trabajadora social), sus capitales delimitados de acuerdo a la función que cada uno de ellos realiza (intervención en el caso de la psicología; sesiones organizadas por los médicos; plan por parte de trabajo social), pero la posición diferenciada (toma de decisiones respecto al ingreso al programa de trasplante) la realiza el médico, su capital es mayor por la posición que tiene en ese espacio social y dentro de la institución (capital cultural y simbólico), mientras los otros profesionales poseen un capital inferior respecto a la posición ocupada en ese espacio, aquí otro ejemplo del espacio social en la práctica laboral del trabajador social:

Hay algunos servicios que los mismos médicos como que te dan la apertura para que tú incidas en el trabajo que estás realizando. Hay otros que les ha costado, yo creo que más trabajo, pero todavía no ha sido mucha la diferencia del cambio. no, este, como que en ese sentido ellos no le dan tanta importancia a todavía esta parte social, no, ¿Cómo lo social puede de alguna manera repercutir en el proceso de salud enfermedad de los individuos? Todavía nos queda o nos toca picar piedra todavía, muchísimo. (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

Es observable la posición de los médicos respecto a los trabajadores sociales en el espacio social de acuerdo con el testimonio de la entrevistada en su práctica laboral donde las determinantes sociales no logran una aceptación total en el proceso de la enfermedad, aunque exista el sustento que demuestre su importancia. El trabajo del

profesional en determinado servicio depende del campo de la medicina, es decir, subordina su actuación a los requerimientos que puedan o deban hacer. Es notorio como el capital cultural tiene mayor relevancia en el espacio social para los médicos por los conocimientos adquiridos mediante investigaciones, publicaciones, y su hegemonía política para la elaboración de las políticas públicas; un capital simbólico basado en el prestigio que da su profesión con la acción mesiánica de “salvar vidas” y la intervención con el cuerpo lo que permite “la apropiación de la salud y de la enfermedad por parte de los médicos conllevó la subordinación de otros sectores y conocimientos respecto a dichos problemas” (Mercer, 1984, p. 343) aquí estaría la posibilidad de nuevamente reflexionar sobre el ámbito político de la profesión y su incidencia en el mismo.

El espacio social se mueve por el juego de los capitales y la posición que tengan respecto a ellos, Bourdieu los expone a continuación:

Capital económico: recursos de naturaleza económica entre los que el dinero ocupa un lugar preeminente por su papel de equivalente universal, bienes propiedades, acceso a servicios de alto costo o lujosos que delimitan la diferenciación.

Capital cultural: donde se encuentra los títulos, diplomas escolares y universitarios, conocimientos, habilidades, destrezas, acceso a los libros, eventos de esta índole o considerados como tal.

Capital social: la capacidad de movilizar en provecho propio redes de relaciones sociales más o menos extensas, derivadas de la pertenencia a diferentes grupos o clientelas, es decir, la forma de relacionarse e influir para la obtención de algún beneficio o en su defecto el bloqueo de alguna propuesta que atente contra los intereses de algunas personas.

Capital simbólico: ciertas propiedades impalpables, inefables y cuasi-carismáticas que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente como puede ser el ejemplo, autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento, don, gusto, inteligencia, etc., y solo pueden existir en la medida que sean reconocidos por los demás. (Bourdieu, 1979, pp. 3-6)

En el caso de los trabajadores sociales su capital económico no tiene la fuerza de una remuneración monetaria consolidada de acuerdo al catálogo de sueldos en la institución, ni posee el valor en el mercado para mejorar esa situación; su capital cultural presenta debilidades metodológicas, carencias teórico-conceptuales, sus acciones respecto a la intervención e investigación no cuentan con un carácter de cientificidad; su capital simbólico es considerable aunque no tiene la relevancia del médico en cuanto a reconocimiento y legitimidad, su capital social no ha podido aprovecharse para lograr una mejor posición dentro de ese espacio social, donde su lugar en la mayoría de los casos se encuentra debajo del médico o psicólogo, principalmente los segundos han logrado potenciar sus capitales con acciones en apariencia simples como carteles de apoyo psicológico para el manejo de la emociones, formación de grupos para trabajar con los usuarios y familiares en su estado emocional.

Finalizaremos la exposición de esta categoría con otro testimonio, enfocado a la investigación y la aportación del profesional de trabajo social en las políticas públicas:

hay un desinterés por parte del trabajador social de tener a lo mejor esta incidencia porque pensamos que alguien más lo hará, ¿no? este porque a lo mejor yo en chiquito, humilde, trabajador social, cómo voy a lograr impactar ¿no? en esto con un proyectito, ahí medianamente con un protocolito de investigación, porque le tenemos miedo como a la iniciativa, al cambio, a alzar la voz, ¿no?, y a veces pos si ese alzar la voz, te genera que no haya un impacto en el otro, que no haya un respaldo, que no haya una continuidad, pues te va haciendo chiquito, chiquito, chiquito, ¿no? sabemos qué pues hablando a lo mejor del peso de una institución, pues no se compara al peso que puede tener el Estado, ¿no? un gobierno o un senado, este, una procuraduría o una fiscalía, no sé (Entrevistada folio 07, 34 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Nefrología, entrevista realizada el día 23 de octubre de 2020)

La investigación de acuerdo con el testimonio anterior dentro de la institución en el espacio social corresponde a otros profesionales (médicos y psicólogos) con mayor incidencia en las acciones realizadas, es visible como el sistema de posiciones está determinado para otros ámbitos con capitales (cultural y simbólicos) de mayor relevancia, sobre todo el primero respecto a la elaboración de protocolos de investigación y proyectos. La posición del trabajador social no tiene el impacto en el ámbito laboral que se requiere (aunque no específico a que se refería con impacto) con la investigación, no es concebido como parte de su trabajo cotidiano, sino como algo extra que implica mayor esfuerzo, conocimiento, habilidades, capacidades que los otros profesionales poseen intrínsecamente por su formación, lo que demostraría la debilidad disciplinar que maneja Pelegrí (2004)

Cada uno de los capitales que se han mencionado en el párrafo anterior están en juego dentro del espacio social, en particular el capital cultural y el capital simbólico, como se muestra a continuación:

Yo creo que trabajo social tendría una participación muy importante en esa investigación, el cual es el estado de bienestar de la población, porque, porque no solamente tú, el trabajo que haces diariamente evalúas las condiciones socioeconómicas de un sistema familiar, sino también, tratas de buscar o de meterte, y conocer cuál es el medio ambiente que rodea a esa familia, entonces creo que si trabajo social, tendría, un campo muy importante ahí porque, porque te podría aportar esos elementos, porque la profesión te da la posibilidad y las estrategias para incidir en las comunidades, o sea, no es teórico, tú puedes ir a las comunidades y directamente en las comunidades, levantar tu muestra, trabajar con la gente, investigar, y darte cuenta del medio ambiente que rodea a la población, que no todas las profesiones tienen esa posibilidad y esas habilidades que la carrera de trabajo social te proporciona. (Entrevistada folio 01, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Aunque el testimonio se enfoca en aspectos comunitarios más que en su aplicación operativa en la institución, es posible apreciar elementos del capital cultural en la familia en la evaluación de un sistema familiar, el cual requiere de conocimiento

teórico para su elaboración (teoría de sistemas en el ejemplo citado) lo que denota el capital cultural (conocimientos, habilidades), no se elabora de forma empírica, sino, hay elementos cognoscitivos para sustentarla, utiliza técnicas de recolección de datos e información como la entrevista (capital cultural) para conocer el contexto, las redes de apoyo social disponibles, y la organización familiar establecida a raíz de su llegada a la institución durante el proceso de atención al paciente. También se destacan elementos del método científico referente a la investigación que igualmente pueden considerarse como elementos del capital cultural. Ese capital constituye al capital simbólico atribuido por parte de los agentes al trabajador social al ser el profesional con las herramientas para incidir en la población usuaria por autoridad, reputación o prestigio, esto lleva a elaborar propuestas acordes al contexto de los usuarios. Otro elemento para considerar como parte del capital cultural son las habilidades como se muestra a continuación

lo que pasa es que, como que yo pienso que una habilidad o una destreza del trabajador social debe ser sensible, no, sensible a la problemática que está sucediendo, porque si tú no tienes esa, y además de vocación también, no, porque si no hay esa vocación, nunca vas a tener el interés, ni de prepararte ni, ni de ver cómo ponderar a la gente para que pueda haber un cambio, no, vivimos en una sociedad que es dialéctica, no, que día con día, va cambiando. Pero yo pienso que de alguna manera el ser sensible a la necesidad del otro, ser empático, pues eso nunca va a cambiar, es una habilidad que como trabajadores sociales tenemos que tener ante las problemáticas. Pero no queda ahí, sino, es lo que tú dices, nuestro rol es este a través de la investigación, a través de procesos de intervención, pues nosotros pueden incidir no en ese tipo de situaciones. (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

Las habilidades mencionadas constituyen el capital simbólico y el capital cultural, junto a los conocimientos adquiridos por la práctica laboral y la experiencia en la atención del usuario, como parte de las funciones que desempeña para favorecer los procesos de afrontamiento de las problemáticas que acompañan a las familias. Se destacan la sensibilidad y la vocación, asociadas a la connotación tradicional de la profesión, enfocadas a la parte afectiva, que brindan la posibilidad de comprender los aspectos vivenciales de los actores, son de utilidad, aunque no determinantes para la investigación o intervención. La empatía es otra habilidad, asociada primordialmente a los trabajadores sociales, sin embargo, requiere de una fundamentación conceptual que permita aprovecharla de mejor forma. No es posible obviar las cuestiones subjetivas de los usuarios y estas habilidades brindan la posibilidad de conocerlas en el entorno donde interactúan, lo que dificultaría el desarrollo de sus funciones.

Las tres habilidades serían consideradas parte del capital cultural e incluso del capital simbólico que posee el trabajador social, si bien es cierto la connotación profesional con las que se asocian, son asistenciales o de apoyo, es importante abordarlas con bases conceptuales y metodológicas que favorezcan la atención del usuario y brinden la posibilidad de incorporar a la investigación como una sus funciones en el ámbito laboral.

Otra categoría importante es el campo “microcosmos sociales, campos, que tienen su propia estructura y sus leyes propias” (Bourdieu, 1997, p. 60), se brinda un testimonio donde se ejemplifica:

[...] lo que lo regula, por ejemplo, los esquemas de que en su momento fueron del Seguro Popular, pues solamente fueron elaborados por el área médica, y ellos solamente así lo basaban como en lo más cotidiano para un paciente de, no sé, de leucemia. Entonces ellos determinaban el esquema es de tal y tal medicamento y tal, no nada más. Pero este, no se contemplaba esta parte de bueno, ¿y si no responde bien a ese tratamiento, ¿qué otras alternativas tienen?, entonces ellos son como médicos, que ahí es donde nosotros no teníamos injerencia, solamente determinaban que era lo más común en cuanto a tratamiento y nada más, y todo lo demás, pues totalmente quedaba afuera de ese programa. Ahora con el INSABI, pues prácticamente están haciendo esa misma parte, hacer como le llaman ellos, protocolos por enfermedad, y lo que está ellos decidieron por protocolo que se metiera en esa enfermedad o inclusive complicaciones, solamente se ven ese tipo de complicaciones, o ese tipo de tratamiento nada más de ahí en fuera, pues nosotros no tenemos injerencia para poder decir oye, es que no hay tal cosa, o no hay esta posibilidad de en el hospital no estamos preparados para esto o X, no se vio muy en la parte muy muy médica, completamente. (Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020)

Aunque no es posible saber su alcance coyuntural o estructural porque implicaría saber qué ocurrirá en el próximo sexenio, la aparición del INSABI brindaría la oportunidad de elaborar nuevos marcos de atención a los usuarios, manejo de fármacos y establecer protocolos de atención acordes a las realidades de la población atendida, considerando el enfoque de derechos sin ponderar el aspecto biológico de la intervención clínica. Sin embargo, continúan utilizando los mismos mecanismo de acción del programa anterior para establecer la atención a los diferentes grupos de enfermedades, es decir, solo hubo un cambio de nombre en la política pública y cuestiones administrativas como el no emitir póliza de afiliación, pero continúan trabajando con las mismas reglas de operación.

Retomando el testimonio de párrafos anteriores, es posible apreciar el campo con los protocolos de atención para los usuarios, con sus leyes propias (reglas para establecer su aplicación), su estructura (sin aportaciones de otros profesionales para sustentarlas con sus conocimientos) no se consideran otros factores en su elaboración (social, cultural, ambiental, económica, político, emocional) predomina la ideología médica en la aplicación de los fármacos para el tratamiento, basados en conocimiento y evolución de la enfermedad, los que podrían fortalecerse con la inclusión de puntos de vistas complementarios.

De igual forma los trabajadores sociales no están exentos del campo “donde unos profesionales de la producción simbólica se enfrentan, en unas luchas cuya apuesta es la imposición de los principios legítimos de visión y de división del mundo natural y del mundo social”. (Bourdieu, 1997, p. 84). Si bien es cierto que durante el juego de los capitales en el espacio social presentan desventajas, eso no evita que tengan

aportaciones de producción simbólica, mediante la modificación de conducta en la estructura familiar que sea favorable para el proceso del paciente, las cuales pueden identificarse con el seguimiento al acudir a consulta o reingresar nuevamente a la institución; esa producción brinda una alternativa diferente para movilizar los recursos del agente con la intención de afrontarlas.

Los trabajadores sociales buscan mediante los conocimientos sobre la realidad social actual como es el desempleo, la inseguridad, la violencia, la educación; las alternativas para utilizar recursos, determinar las redes de apoyo social disponibles que favorezcan un proceso de salud-enfermedad de los usuarios. Estas interacciones posibilitarían la legitimación de esa producción simbólica, a través de lo que Bourdieu llama la nominación oficial entendida como “el acto por el cual se le otorga a alguien un título, una calificación socialmente reconocida, es una de las manifestaciones más típicas del monopolio de la violencia simbólica legítima que pertenece al Estado o a sus mandatarios”. (Bourdieu, 1987, p. 138) la sistematización de estos casos podría ser una alternativa para documentar con bases sólidas estos acontecimientos al interior de la institución y ver de forma diferente a la profesión.

Esa calificación social en las instituciones de salud como parte del Estado le otorgan mayor reconocimiento y hegemonía al gremio de los médicos, situación que los lleva a consolidar un poder con apoyo de los diferentes capitales para ostentarlo, reproducirlo en las diferentes áreas donde se encuentren como representante de la institución debido a que han ejercido la dirección en el “sector salud”. Esta calificación a su vez nos lleva a otro proceso que es el punto de vista oficial de los funcionarios del sector y se expresa en el discurso oficial que cumple con estas tres funciones:

En primer lugar, opera un diagnóstico, es decir un acto de conocimientos que obtiene el reconocimiento y que, muy a menudo, tiende a afirmar lo que una persona o una cosa es y en lo que universalmente, para todo hombre posible, por lo tanto objetivamente. Es un discurso casi divino que asigna a cada uno una identidad.

En segundo lugar, el discurso administrativo, a través de las directivas, de las ordenes, de las prescripciones, etc., se dice lo que las personas tienen que hacer siendo quienes son.

En tercer lugar, dice lo que las personas han hecho realmente, como en los informes autorizados, tales como los policiales. En cada caso impone un punto de vista, el de la institución especialmente a través de los cuestionarios, formularios, etc. Este punto de vista es instituido en tanto que punto de vista legítimo, es decir en tanto que punto de vista que todo el mundo debe reconocer por lo menos dentro de los límites de una sociedad determinada (Bourdieu, 1987, p. 138)

Las instituciones manejan este tipo de discurso introyectándolo en el personal que presta sus servicios cuya formación universitaria (trabajo social) no tiene solidez científica para debatir -en la práctica- el concepto de salud, hacen que las funciones de estos profesionales dentro de las instituciones tengan otra finalidad, y si agregamos la falta de espacios para reflexionar este tipo de discursos, así como los procesos para llevarlos a cabo se pierdan como se expone a continuación:

El acceso a una institución para efectuar prácticas de formación es entendido como una experiencia nueva de acercamiento al campo temático, que obtura la posibilidad de resignificar los recorridos previos en el acercamiento al área temática en cuestión, a líneas de indagación posible de las problemáticas allí implicadas.

Este aspecto es fuertemente trabajo en el proceso de formación introduciendo dos dimensiones fundamentales: la relación teoría- práctica implicada en la producción de conocimiento y el carácter social de dicha producción. (Andreoni, Rochetti; Suardiaz & Zucherino, 2014, p.31)

Estos puntos de vista oficial conllevan por si mismos un tipo de poder cuyo objeto es la imposición de valores, ideas, visiones que sean legitimados socialmente por los agentes (profesionales de la salud), hacia los usuarios atendidos en las instituciones, entendido desde la perspectiva de Bourdieu como un poder simbólico capaz de construir el mundo y consista "en separar y en reunir, a menudo en la misma operación, en realizar una descomposición, un análisis, y una composición, una síntesis, a menudo gracias a etiquetas". (Bourdieu, 1987, p.140)

Ese poder simbólico tiene sus cimientos en el capital simbólico con esa imposición sutil de formas de pensamiento y que tiene la capacidad de consolidar ese poder simbólico en un poder de constitución, es decir:

un poder de conservar o transformar los principios objetivos de unión y separación, de casamiento y de divorcio, de asociación y disociación que actúan en un mundo social, un poder de conservar o transformar las clasificaciones actuales en materia de sexo, de nación, de región, de edad y de estatuto social, y eso a través de las palabras que son utilizadas para designar o describir a los individuos, los grupos o las instituciones (Bourdieu, 1987, p.140)

Los médicos han generado ese poder no sólo por el capital simbólico que le atribuyeron los usuarios; sino por la formación académica "las instituciones de salud, elementos centrales del campo médico las instituciones que forman los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a ser parte del campo (las facultades de medicina y los hospitales de enseñanza), los agentes que operan estas instituciones, y los profesores y estudiantes de las especialidades médicas" (Castro, 2014, p. 173), y por otro lado la cuestión científica y de investigación donde "el conocimiento médico funcionó como un doble trascendental, es decir, un conocimiento basado en la combinación de categorías objetivas y trascendentales (como las nociones de espacialidad, localización y causalidad) con las manifestaciones visibles y empíricas de una enfermedad" (Vega, 2010, p.148)

El paradigma positivista permitió mediante la observación hacer visible una situación "objetiva", de forma tal que los médicos pudieran crear patrones de repetición en un espacio localizado para asociarlas con las causas que provoca esa enfermedad y hacer una medición. En la actualidad las investigaciones de corte positivista siguen realizándose dentro de las instituciones de salud como parte de los esquemas de construcción científica, esto ha permitido tener innovaciones en tratamientos farmacológicos, tecnológicos y mejoras en procedimientos quirúrgicos.

El pensamiento ideológico del positivismo como construcción científica validado en las instituciones de salud sigue vigente y si bien abre la posibilidad para investigaciones de corte cualitativo, éstas aún no logran consolidarse al interior de ellas, por este motivo se requiere de hacer un trabajo conjunto para aprovechar ese capital cultural y social que tienen los trabajadores sociales para entender los contextos actuales:

Los nuevos problemas de salud urbanos combinan fenómenos hasta ahora limitados con el vertiginoso incremento de otros ya conocidos; contaminación ambiental, enfermedades ocupacionales, violencia y servicios de salud sometidos a presión transnacional, son problemas que, por su naturaleza, no se resuelven ni en el hospital ni con una racionalidad de asistencia individual. Implican una participación colectiva y consiguientemente una democratización de la gestión sanitaria. (Mercer, 1984, p. 347)

Estos problemas requieren de un trabajo articulado entre los profesionales de la salud (agentes), superar estas dispersiones institucionales para convertirlas en aportaciones teóricas, metodológicas y conceptuales, capaces de proponer respuestas a las contextos de los usuarios y no basadas en relaciones asimétricas respecto a lo considerado mejor para ellos, aquí se puede apreciar ese poder simbólico, sutil, imperceptible para los usuarios de la institución, porque desconocen que están siendo violentados, no han asimilado el ejercicio de su Derecho Humano a la Salud como parte de su condición de ciudadanos. Mientras la burocracia bien intencionada constituida por profesionales de trabajo social no asuma que también es ciudadana, y reduce su existencia a ser transmisores de institucionalidad, hay pocas posibilidades de cambiar el ejercicio profesional, en alianza con otros profesionales.

Los trabajadores sociales aún persisten en la ideología gremialista, es decir, mantienen su pensar de reconocimientos institucional, sin profundizar en la situación institucional respecto a lo que pueden y deben de hacer en el ámbito de la salud como parte de una estructura delimitada para la realización de ciertas funciones respecto a los otros profesionales con los que comparte el espacio social, desaprovechado ese capital cultural (conocimientos, habilidades, títulos, diplomas) para implementar una forma de trabajo diferente, con bases científicas en su actuación y evite ser presa del poder simbólico “de hacer cosas con palabras” (Bourdieu, 1987, p.141)

1.5 El Hospital Infantil de México como forma de construcción de un hábitus profesional

Uno de los conceptos claves de Bourdieu que nos permitirán entender un poco como las estructuras hospitalarias y quienes son parte de ellas están en una dialéctica que se describe de mejor forma a continuación:

Así, la percepción del mundo social es el producto de una doble estructuración: por un lado objetivo, está socialmente estructurada porque las propiedades atribuidas a los agentes o a las instituciones se presentan en combinaciones que tiene probabilidades muy desiguales; así como los animales con plumas tienen más posibilidades de tener

alas que los animales con piel, de la misma manera los poseedores de un dominio refinado de la lengua de ser vistos en el museo de aquellos que están desprovistos de él. Por el lado subjetivo, está estructurada porque los esquemas de percepción y de apreciación, especialmente los que están escritos en el lenguaje, expresan el estado de las relaciones de poder simbólico: pienso por ejemplo en las parejas de adjetivos: pesado/ligero, brillante/ apagado, etc., que estructuran el juicio de gusto de los dominios mas diversos. Esos dos mecanismos compiten en producir un mundo común, un mundo de sentido común, o por lo menos, un consenso mínimo sobre el mundo social (Bourdieu, 1987, p.136)

Los trabajadores sociales tienen esa doble estructuración, por una parte, está el objetivismo estructurado de la institución a través de la política pública implementada en los procedimientos de atención, las normas institucionales, las relaciones entre los diferentes profesionales durante los procesos establecidos, el espacio físico donde se desarrollan, la parte observable, visible, tangible, por la otra, está la estructurante la subjetividad de los profesionales cuando están frente al usuario interactuando en esa dinámica que ha señalado la institución, con sus esquemas de percepción, de apreciación de su realidad vivida día a día, donde manifiestan las relaciones dentro de ese espacio social y se juegan los diversos capitales, desde esa parte subjetiva se pueden lograr cambios en el espacio institucional, considerando a los usuarios y al profesional de trabajo social, como se aprecia a continuación:

No es solamente que no paguen el tratamiento aquí, las necesidades en casa continúan, son pacientes que tienen que venir, que efectivamente aquí no paga a la mejor los ciclos de radioterapia que pueden tener, pero si van a pagar un transporte diario, que vienen a la mejor de las zonas aledañas, que tienen que dirigirse acá al hospital y que a la mejor le cuesta, que te gusta \$100, \$200 pesos diarios cuando estás hablando, que son familias que vienen a veces con él recurso mínimo, entonces ahí es donde te puedes enfrentar a esa situación de que la familia puede llegar a decir, ¿o me llevo a diario el niño por tres semanas, o le doy de comer a los que están acá en la casa?. Entonces, a veces, afortunadamente no son bastantes, tratamos de buscar alternativas, de hablar con la familia y de decirle buscamos aquí algún albergue cercano o algún albergue en el cual usted en ese tiempo de radioterapia pueda estar en el albergue y lo van a traer de manera diaria, mientras usted busca en sus redes de apoyo, en casa a quien pueda cuidar al resto de los niños, o sea, tratamos de buscar alternativas para que efectivamente esa deserción no se dé (Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020)

Los aspectos objetivos se visualizan en la precaria situación económica de las familias atendidas, la falta de redes de apoyo social para el cuidado, la accesibilidad para llevar a sus hijos al hospital, el tiempo destinado para su tratamiento (radioterapia) en la institución con los apoyos como albergues, insumos y medicamentos; si bien cuentan con un beneficio para el diagnóstico de la enfermedad (cáncer), las complicaciones alrededor de cada familia en los diferentes entornos donde se desenvuelven son parte indivisible del proceso que llevan en el hospital, la estructura está presente en los medios disponibles de la institución para favorecer su atención médica (derecho a la salud), pero también identificamos la parte subjetiva en la toma de decisiones respecto a la salud y alimentación ambos

derechos humanos estrechamente relacionados y el abordaje por parte del profesional de trabajo social, considerando en primera instancia la visión del usuario, las implicaciones en sus diferentes entornos; y en segunda instancia desde la postura de favorecer su derecho, con las herramientas cognitivas para lograrlo y proponer alternativas acordes al entorno del caso planteado. Con la emergencia sanitaria, la parte objetiva y subjetiva referente a la atención de pacientes con enfermedades crónicas también es observable:

el no venir ellos están poniendo en riesgo la salud del niño. o sea, existe más riesgo al no acudir a su quimioterapia, a que seas contagiado por COVID, es más el riesgo de no acudir por tus ciclos de quimioterapia, tienes mayor riesgo de tener una recaída y que la enfermedad se instale de más, o sea, mayormente; que el riesgo que puedas correr aquí, al venir al hospital y contagiarse COVID, o sea, eso no tiene mayor riesgo. El riesgo es que no acudas a tus ciclos que ya están programados, eso sí, ya sería un riesgo mayor (Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020)

La parte objetiva en los problemas de salud que traería consigo el no acudir a sus quimioterapias, es latente, pero también el riesgo por contagiarse de Covid-19; el temor por ambas enfermedades es observable, y comprensible por las condiciones sociales que actualmente tiene el país. Pero también la parte subjetiva permea en el pensamiento de los usuarios ante una enfermedad desconocida, y contagiosa para el paciente, ocasionando un internamiento no requerido, aunado a los estigmas que puede causar el diagnóstico de este tipo de enfermedad, la reorganización familiar que se va a presentar con la modificación en su dinámica, son factores subjetivos que pueden imperar en un tratamiento adecuado.

La función del profesional de trabajo social desde su conocimiento y experiencia laboral, es brindar los elementos que permitan al usuario tomar la mejor decisión, considerando su perspectiva, sin culpabilizarlos o victimizarlos por ese hecho, apoyarse en información científica, sustentada sobre las probabilidades de contagio en instituciones de salud que atienden este tipo de problemas, con base en las observaciones que hacen al interior de su centro laboral, basados en métodos de atención desde lo social, para tener los elementos, objetivo y subjetivo en la toma de decisiones. Así se tiene la posibilidad de considerar los casos donde los trabajadores sociales están identificando estos aspectos en su práctica cotidiana a través de la interacción con el usuario (objetivo-subjetivo; estructurada-estructurante), el siguiente testimonio puede ser un ejemplo de lo antes expuesto:

Tienen muchas necesidades. Hay muchos pacientes que vienen, la mayoría de nuestra población no son de la Ciudad de México, son de localidades aledañas o inclusive foráneos, con múltiples carencias, múltiples carencias en cuanto escolaridad. En cuanto a economía familiar, en cuanto a redes de apoyo. Entonces son familias con muchísimas, muchísimas carencias que cambian inclusive su dinámica familiar, porque tienen que trasladarse uno o varios o inclusive toda la familia se tienen que trasladar a la Ciudad de México abandonando e inclusive algunos los otros hijos que tienen en su lugar de origen. (Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020)

La generalidad nos indica que los usuarios provienen de los diversos estados de la república mexicana, con una o más carencias sociales, (aspecto objetivo observable mediante entrevistas formales e informales de los usuarios), pero el aspecto subjetivo está presente en los cambios en la dinámica familiar por la implicación de permanecer en la Ciudad de México con la intención de lograr un tratamiento adecuado y sin probabilidades de deserción y dejar a algún miembro de la familia en su lugar de origen para atender al paciente, estas situaciones son relevantes para establecer a partir de la construcción de ese habitus profesional con la relaciones entabladas con los usuarios para generar mecanismos institucionales que posibiliten herramientas a los familiares para tener alternativas en los casos antes mencionados, esto abre “la oportunidad de poder teorizar, no para las cuestiones de género a lo mejor estas cuestiones culturales, a lo mejor estas cuestiones institucionalizadas que ya están entonces”. (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el día 2 de octubre de 2020)

También el hábitus podría entenderse como un sentido práctico “sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y de división (lo que se suele llamar un gusto), de estructuras cognitivas duraderas (que esencialmente son fruto de la incorporación de estructuras objetivas) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada” (Bourdieu, 1997, p. 40) El trabajador social tiene dentro de su estructura formativa y personal formas de pensamiento y acciones respecto a las situaciones que se presentan en el trabajo cotidiano con los usuarios, esto tiene como finalidad responder a las necesidades que ellos presentan dentro de un contexto social donde conviven con esa realidad que también es parte de su historia

Entonces, si quieres llegar a un momento como como comenzar a teorizar, pues vamos a empezar a escribir, pero vamos a empezar a escribir a partir de esos lentes como de investigador, porque si no, entonces únicamente vas a ver la luna y vas a ver la mamá. Si ya vino la mamá. Sí, pero. Pero culturalmente, dime qué te está diciendo eso, ¿no?, o sea, ¿cuál es el significado desde los significados que nos está, que nos está diciendo y que, a lo mejor derivado de ese trabajo, que hagamos algo? ¿Digo sabes qué? Pues bien, un estudio desde la fenomenología. No, no lo sé. O sea, hay. O sea, hay desde. O sea. O sea. Pero necesitamos saberlo. Porque si no, entonces caemos en lo rutinario o lo rutinario. Lo rutinario vengo diciendo. Pero no, no vamos allá. Hacia los. Hacia los significados. No hacia el sentir de las personas en relación a la experiencia que están viviendo. ¿Qué es lo que está pasando? Esa es la bronca. (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el día 2 de octubre de 2020)

Otra forma de nombrarle al hábitus es la siguiente: “un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas. Y en los dos casos, sus operaciones expresan la posición social en la cual se ha construido” (Bourdieu, 1987, p. 134) el trabajo con el usuario es una práctica que se hace conjuntamente para conocer la situación socio-económica-familiar, su percepción respecto al proceso salud-enfermedad evidencia una posición

social construida y producida mediante elementos como son: conocimientos, habilidades, títulos, diplomas o certificados (capital cultural) para poder desarrollarla en ese espacio social “he notado que los papás cuando tienen un acercamiento mayor con los, con trabajo social, se abren más y que esa apertura, que nos va a permitir ir conociendo, ver cuáles son sus limitaciones y en base a eso y a todo lo que tú has investigado, de cómo se da esto, puedes darle una mejor orientación a eso o una mejor intervención” (Entrevistada folio 06, 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias velada, entrevista realizada el 23 de octubre de 2020)

El hábitus como categoría integra por una parte el objetivismo al tratar los hechos sociales como cosas objeto de conocimiento y por otra parte el subjetivismo en las representaciones del mundo social por parte de los agentes. La parte objetiva está en toda la estructura física de las instituciones, las normas establecidas, los procedimientos realizados, las relaciones en ese sistema de posiciones que permean el espacio social y en los usuarios como agentes que conocimiento que pueden aportar a la construcción de la institución. Por otra parte el espectro subjetivo de las representaciones de esos mismos agentes de su mundo social, con sus percepciones, pensamientos, sentimientos de esa cotidianeidad que viven día a día y de la que forman parte, ese mundo cotidiano, esa práctica, es acción, la que Bourdieu nos permite entender con su sociología y sus categorías, una microsociología para comprender a los usuarios que se atienden en las instituciones y el actuar del profesional de trabajo social en ese lucha dentro del espacio social, con su campo hospitalario donde se juegan los capitales para tener ese poder dentro de una posición legitimada por la población atendida.

Capítulo 2. Las políticas públicas y el derecho humano a la salud

Introducción

En la actualidad existen diversas definiciones de política pública, destacando la importancia de incorporar a los diferentes actores que participan en ellas, ha quedado atrás la visión gubernamental que las políticas conectan exclusivamente al gobierno en la elaboración, implementación y evaluación.

En este capítulo se analizan algunas definiciones y la importancia de incorporar aspectos importantes como son ciudadanía, democracia, participación ciudadana y gobernanza como soportes de las políticas públicas.

También se definirán lo que son las políticas en salud, la importancia que tienen en el contexto de las políticas públicas como estrategias para intervenir en los problemas que aquejan a los gobernados, las respuestas que aportan, además de la racionalidad de tales políticas entendida con un enfoque empático, humanitario y respetuosos de los derechos, no el eficientísimo burocrático.

De igual forma se expone lo relacionado con los aportes disciplinares en las políticas públicas para contribuir con su conocimiento al proceso de elaboración, implementación, y evaluación, para el logro de objetivos de la población atendida y no se perciban como acciones desprovistas de contenido teórico-conceptual.

Por último, se abordará el tema del derecho humano a la salud y su estrecha relación con las políticas públicas como el eje que les da razón, las orienta con criterios teórico-prácticos, para favorecer el ejercicio de este derecho por parte de la población beneficiaria

2.1 Definiendo las políticas públicas

Las políticas públicas tienen una relación estrecha con trabajo social, y con las funciones que realizan los profesionales en su parte operativa dentro de las instituciones del aparato gubernamental para implementarlas a la población beneficiaria:

la comprensión del Trabajo Social como campo de interrelación de las políticas públicas a partir de dos posturas, la primera desde el rol del trabajador-a social en la comprensión del papel de las organizaciones sociales de base, el desarrollo del liderazgo y empoderamiento de iniciativas comunitarias; y, la segunda en el rol del trabajador-a social en el diseño, implementación y seguimiento de intervenciones institucionales. (Cruz & López, 2019, p. 89)

Estas políticas en su elaboración no suelen considerar elementos sustanciales como la participación ciudadana, la democracia y la gobernanza durante su proceso, debido a que prevalece la idea centralista del diseño, ejecución y evaluación desde el

gobierno sin la participación de los ciudadanos, la sociedad civil en conjunto con sus organizaciones e instituciones privadas; bajo el argumento de una representación ciudadana y posesión de los recursos de diversa índole para actuar unilateralmente, como se ejemplifica a continuación:

Los gobiernos son considerados como los principales actores responsabilizados con las políticas públicas, debido a su privilegiada disposición de recursos y poder para ofrecer bienes, servicios y transferencias que resuelvan problemas públicos, si bien la participación de las organizaciones civiles y sociales y de los ciudadanos en general se considera altamente deseable. (Cardozo, 2013, p. 40)

Bajo esta premisa gubernamental de ser los únicos capaces de elaborar las políticas públicas, no se contempla el enfoque de derechos como parte de sus componentes como se muestra a continuación:

En un enfoque de derechos humanos, los planes, las políticas y los procesos de desarrollo están anclados en un sistema de derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas, y hacer responsables a los que tienen la obligación de actuar. (ONU, 2006, p. 15)

La participación ciudadana es un principio del enfoque basado en derechos por su aportación a las políticas públicas con las voces de las personas afectadas; se define como “el conjunto de estructuras organizativas, actividades, procesos y técnicas por los que la población interviene en los asuntos públicos que le afectan”. (Alberich, 2014, p.18) de acuerdo a esta definición los problemas sociales son asuntos públicos porque tienen una repercusión directa en los personas afectadas y por lo tanto éstas tienen la facultad de integrarse a los procesos de las políticas en cualquiera de sus fases y a su vez tienen el compromiso de exigir a las autoridades que se implemen de manera adecuada eficiente, reconociendo los derechos humanos de las población.

Como se puede apreciar el enfoque basado en derechos y la participación ciudadana no son conceptualizaciones que vayan en una dirección opuesta, sino complementan a las políticas públicas con un eje común: la corresponsabilidad del Estado para su implementación respetando los derechos de la población, de tal modo que sería erróneo no relacionarlos e identificarlos como parte de sus procesos.

En lo que respecta a la participación ciudadana este plenamente identificada con la democracia, definida como:

la suma de ambas y en todos los ámbitos: pluripartidismo, elecciones libres, libertad de prensa, opinión, reunión, además de los aspectos de la democracia relacionados con la equidad, igualdad de oportunidades, justicia... No se puede plantear la democracia directa o la participativa como alternativa a la democracia representativa. Ambas son complementarias y necesarias. Ambas se deberían dar e incluir en lo que entendemos por “democracia”. (Alberich, 2014, pp.19-20)

En la democracia esta implícita la participación como parte de su definición y su aplicación práctica en la realidad es reducida al voto en periodos electorales o asambleas representativas para asignar un presupuesto a determinada comunidad; también involucra la justicia, la oportunidad, la equidad y la igualdad, derechos universales que todo ser humano posee y son parte de un constructo social limitado por cuestiones políticas y partidistas. Otro componente de las políticas públicas es la gobernanza, entendida como:

énfasis en la capacidad de dirigir con independencia en las relaciones abstractas entre el Estado y el mercado y relacionarla con el estilo de hacerlo. Este es un cambio significativo, en la medida que se contraste la forma centralista y jerarquizada con la descentralizada e inter-organizacional, en la que el gobierno se convierte en un actor más de la constelación de participantes en la determinación del rumbo de una sociedad (Matute, 2010, p.140)

Reconoce una toma de decisiones incluyente con los otros actores partícipes de sus procesos, además de una independencia económica de la ciudadanía con respecto al gobierno para distribuir equitativamente el poder de decisión. La gobernanza hace referencia a las prácticas administrativas adecuadas, la inclusión de los individuos, respeto por la diversidad ideológica y cultural lo que requiere un cambio de la forma de concebir las políticas públicas:

la participación democrática de todos los concernidos en las decisiones [...] [requiere] la inclusión de los principios de democracia, de respeto de los derechos humanos y a las culturas locales, de la participación de los actores de la sociedad civil [...] de descentralización del poder y descentralización de la gestión, [todas ellas] como dimensiones esenciales de una gobernanza democrática. (Canto, 2008, pp.16-17)

No es suficiente con administrar de forma eficiente y eficaz los recursos, o la vinculación establecida entre las políticas públicas, el Estado y la sociedad en su conjunto para la toma de decisiones, sino que la gobernanza demanda también la aplicación de los derechos humanos, el uso racional de poder de forma equitativa y justa, soportado por la democracia y la participación ciudadana. “Hablar de los procesos políticos de construcción de políticas implica hablar de los actores sociales, cuya intervención no debe ser vista como mera tecnología de gobierno, sino en tanto ciudadanos, es decir, en tanto portadores de derechos”. (Canto, 2008, p.13)

Como se ha escrito en los párrafos anteriores las políticas públicas deben contemplar la participación ciudadana, la democracia y la gobernanza, por lo que expondremos algunas definiciones para identificar los elementos antes mencionados, para García y Piña son:

La noción de políticas públicas connota la asunción de determinada postura por parte de una autoridad respecto de una diversidad de asuntos que son de interés público, misma que se plasma en un programa de acción en el que se delinea por qué se quiere hacer algo con relación a esos asuntos, qué se quiere hacer, cómo, dónde, con quiénes o para quiénes (García & Piña, 2012, p.196)

Es una mirada ideológica que, si bien incluye el término interés público, refiriéndose a la participación y la democracia, no se profundiza respecto a ¿cómo será instrumentada?, es decir, carece de sustento epistemológico para su ejecución.

Para Molina y Cabrera “las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas, no son un fin en sí mismas; son, más bien, un medio para dar respuesta a una problemática social específica” (Molina & Cabrera, 2008, p.3) son consideradas estrategias para responder a las problemáticas sociales específicas para satisfacer a la población y lograr su bienestar. No se visualiza la integración de otros actores en las políticas, por lo que no se considera la participación ciudadana.

Organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud definen a la política pública como:

un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. (OPS, 2007, p. 314)

Contempla al gobierno como el encargado de tomar decisiones fundamentadas en la normatividad que permita establecer los objetivos alcanzables, los medios para lograrlo, las estrategias para llevarlos a cabo, para ello se apoyan en la administración pública (instituciones) y las leyes (legislación). Sin embargo, la participación ciudadana y la democracia no son consideradas parte de su proceso, debido a que las autoridades concentran el poder sobre ellas, sin la necesidad de involucrar a los diferentes actores.

Valenti y Flores aportan lo siguiente: “el estudio de las políticas públicas se concentra en aquellos problemas humanos que, de todos los concebibles por las nombradas originalmente ciencias de las políticas son de interés público, así como en la forma en la cual quienes toman las decisiones deben enfrentarse a estos problemas.”. (Valenti & Flores, 2009, p. 168) Los problemas humanos están relacionados con las políticas públicas, por lo que se necesita la participación de los “expertos” en temas de interés público, como pueden ser representantes de la sociedad civil, organizaciones sociales, académicos e investigadores para contribuir con su conocimiento sobre las problemáticas que afectan a la población y justificar la acción de las políticas.

Las definiciones revisadas de política pública tienen una connotación “desde arriba”, es decir:

asume a éstas como programas de acción gubernamental dirigida hacia un sector de la sociedad o hacia un espacio geográfico determinados. se entiende la política pública como la acción del gobierno dirigida a cumplir ciertos objetivos. Esta concepción denota: a) un origen estrictamente institucional de la acción orientada a problemas públicos; b) el privilegio al trabajo de los expertos y de quienes toman

decisiones; c) la idea de que la política nace del desempeño técnico, legal y administrativo de las burocracias; y d) la noción de que el programa en cuestión es un producto para consumo de una sociedad pasiva o condescendiente. (Canto, 2008, p. 14)

Desde la visión gubernamental determinan ¿cuál es un problema público?, la forma de atenderlo debido a su experiencia en la administración pública considerándose “expertos” en estos temas, la sociedad no forma parte del proceso al ser considerados actores pasivos y por consiguiente sin el poder para ser partícipes en la toma de decisiones. La participación ciudadana esta fuera del contexto de las políticas públicas en la connotación desde arriba, en palabras de Espinosa:

La participación ciudadana —aun cuando no pueda decirse que haya una concepción unívoca del vocablo— nos remite al despliegue de un conjunto de acciones (expresión, deliberación, creación de espacios de organización, disposición de recursos) mediante las cuales los ciudadanos se involucran en la elaboración, decisión y ejecución de asuntos públicos que les afectan, les competen o, simplemente, son de su interés. Entendida así, de entrada, podría afirmarse que ésta nos remite a un tipo de interacción particular entre los individuos y el Estado, a una relación concreta entre el Estado y la sociedad, en la que se pone en juego y se construye el carácter de lo público (Espinosa: 2009, pp. 74-75)

Si bien esta discusión se ha hecho desde la ciencia política, el trabajo social debe nutrirse de los aportes de otras disciplinas e incluir en ellas las cuestiones sociales que poseen para enriquecerlas al considerar la participación ciudadana como parte de su formulación, implementación y evaluación porque busca “que los habitantes de un lugar sean más sujetos sociales, con más capacidad para transformar el medio en que viven y de control sobre sus órganos políticos, económicos y administrativos” (Alberich, 2014, p.21)

Respecto al segundo enfoque “desde abajo” en la categoría del “conocimiento en las políticas” consta de las siguientes características

se centra en el proceso mismo de la elaboración de las políticas públicas (policy analysis). Por un lado, este enfoque consiste en una actividad normativa de construir y evaluar la(s) mejor(es) opción(es) de política, relativas a determinados problemas públicos. Por el otro, a fin de llevar a cabo esta ponderación, el estudio en las políticas conlleva una dimensión claramente positiva que incorpora la metodología científica (tanto de las ciencias sociales como de las ciencias naturales) en el proceso de las políticas con el propósito de corregirlas y mejorarlas. Este recurso a criterios científicos, información pertinente y al conocimiento existente, tiene el propósito de incrementar la racionalidad en la construcción, examen, selección y desarrollo de las opciones de política. (Valentí & Flores, 2009, p. 171)

Este enfoque de las políticas públicas “desde abajo” tiene una visión latinoamericana consta de los siguientes elementos:

- Se originan en la constelación de demandas sociales.
- En el conflicto de intereses de los diversos actores.

- El gobierno actúa en función de las presiones de los grupos sociales en un juego de suma positiva; es decir, que lo que gane uno, no lo pierda el otro, sino que exista redistribución, equilibrio y negociación
- Para que los actores puedan influir requieren desarrollar capacidades técnicas, políticas y organizacionales.
- Los gobiernos deben de desarrollar la capacidad de aprovecharlas productivamente para el conjunto social. (Canto, 2014, pp. 42-43)

Desde esta mirada se observan los componentes de la ciudadanía:

- 1) la adquisición, adjudicación, posesión o conquista de un conjunto derechos y deberes por parte del individuo en una sociedad-política determinada;
- 2) la pertenencia a una comunidad política determinada: Estado-Nación;
- 3) la oportunidad y capacidad de participación en la definición de la vida pública (política, social y cultural) de la comunidad a la cual se pertenece” (Espinosa, 2009, p. 96).

Por su parte Omar Guerrero define a la política pública como “un tipo de actividad del gobierno, aquella que se encamina a estimular la colaboración social o inhibir el conflicto” (Guerrero, 1993, p.84), podemos apreciar la integración de la participación ciudadana en cuestiones sociales para afrontar una situación; y lo complementa de la siguiente forma:

Las políticas públicas son patrones de acción que resuelven conflictos y proveen de incentivos a la cooperación. Los patrones de acción no actúan aisladamente, sino dentro del marco más general de los programas de gobierno. Así pues, son actos específicos del gobierno, instrumentados dentro de una práctica general (Guerrero, 1990, p. 42),

Ruiz nos presenta el siguiente planteamiento respecto a la política pública:

la nueva noción de política pública trasciende su connotación vulgar de curso de acción, para ser definida como una parte de un proceso general, junto con la clarificación de las metas, la definición de la situación del caso y la determinación de los medios óptimos para efectuar la acción decidida. (...) <<un diseño para modelar el futuro bajo el influjo de fuerzas externas, bajo tendencias que fluyen del pasado hacia el presente>> (Ruiz, 2013, p. 3)

La política pública tiene que irse adaptando a los contextos socio históricos e incluir a la ciudadanía en la toma de decisiones, además de incorporar las aportaciones de actores como la sociedad civil e instituciones privadas para enriquecerlas, debido a sus experiencias con las distintas poblaciones, principalmente con grupos vulnerables pueden ofrecer elementos no considerados en ellas para atender problemáticas nuevas o emergentes.

Una definición con elementos de participación ciudadana, democracia y gobernanza la encontramos en Velásquez (2009):

Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida

como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. (Velásquez, 2009, p. 156)

Aborda el proceso integrador de decisiones, no prevalece un solo actor (gobierno) sino que hay otros sectores partícipes de esas decisiones y no centran la responsabilidad pública en uno de ellos; el factor tiempo es considerado como parte de ese proceso para su aplicación y correcto funcionamiento, tienen el carácter instrumental para realizar cada paso considerando los contextos político, social, económico, cultural donde se implementarían.

Las políticas públicas buscan respuestas acordes a la realidad socio histórica, por lo que resulta importante la aportación de Aguilar Villanueva sobre el origen las políticas públicas en México:

tiene lugar dentro de la matriz de la crisis fiscal y política del régimen y, en consecuencia, en el marco programático del ajuste de las finanzas públicas y de la democratización del régimen autoritario. Su programa disciplinario y profesional puso en el centro la decisión del gobierno, señaló críticamente su ineficiencia económica y tergiversación (o perversión acaso) de su naturaleza pública, razón por la cual aspiró a contribuir a elevar la calidad de la decisión del gobierno, reconstruir su calidad pública (institucional y ciudadana) y reconstruir su calidad financiera y directiva. (Aguilar, 2004, p. 23)

La crisis económica fiscal de los años 80's en México fue el principal detonante para darle una nueva dirección a las políticas públicas, fue el factor económico la directriz de estas para buscar el equilibrio del gobierno de aquella época, se trató de buscar una reivindicación con la ciudadanía a partir del ámbito institucional y presentar otra visión de los gobiernos autoritarios. Esto se relaciona con la influencia de organismos internacionales para la toma de decisiones en cuestión política por parte del Estado "de esta manera, para tomar sus decisiones, los Estados deben revisar cuáles son las políticas del (Fondo Monetario Internacional), del BM, del BID, para adecuarse a ellas y obtener más recursos". (Canto, 2014, p. 40), razón por la cual no se concebía enfoque de derechos en las políticas públicas de los años 80's:

en las reflexiones contemporáneas sobre los derechos humanos es común la referencia a las políticas públicas, particularmente a partir de la década de 1990. No ocurre así en los análisis sobre políticas públicas, en los que recién hace pocos años se inició la reflexión sobre el vínculo que pueden tener con los derechos humanos. (Canto, 2010, p.77),

De tal modo que considerar en los años 80's en México a la ciudadanía como parte de un derecho resultaba impensable no tenía "un estatus de inclusión y pertenencia a un espacio político que apela a la existencia de un conjunto de derechos y deberes" (Espinosa: 2009; p.95) Esto motivo al gobierno mexicano a diseñar sus políticas en concordancia ideológica con dichos organismos financieros para facilitar la obtención de recursos económicos que trajo consigo la crisis de los años 80's. Bajo esta perspectiva de las políticas públicas en México, no tenía cabida la integración de la ciudadanía en la elaboración/formulación, implementación y evaluación de las

políticas para ese momento histórico por lo que fue necesario cambiar su concepción:

Quieren saber por qué buenas leyes, inteligentes programas gubernamentales, abundantes y oportunos financiamientos, esfuerzos cotidianos de organizaciones y personas, simplemente no funcionaron, no resolvieron los problemas sociales que afrontaron y quedaron muy lejos de los objetivos que prometieron alcanzar. Y, mucho más radicalmente, tratan de saber si en definitiva el gobierno posee la capacidad (y en qué medida) de ofrecer soluciones a las cuestiones sociales y, por consiguiente, si tiene sentido y plausibilidad su intervención, sus cargas fiscales y regulaciones jurídicas y el crecimiento de sus agencias administrativas o si, por lo contrario, es altamente improbable que leyes, presupuestos y programas de acción gubernamental posean eficacia alguna en muchas de las reformas sociales que anuncian emprender y prometen realizar. El problema de fondo es entonces el de saber ¿cuál es el ámbito de factibilidad de la acción gubernamental? ¿Qué puede hacer y qué no puede hacer el gobierno? y ¿por qué no es eficaz en el terreno de lo que razonablemente parece serle accesible? (Aguilar, 1992, p. 3)

Aquí se plantearon varias interrogantes respecto a la forma de abordar los problemas sociales por parte del gobierno sin embargo las respuestas a esas formulaciones no se visualizaban, tampoco el logro de objetivos, así como la incapacidad de lograrlos debido a su falta de organización, al crecimiento del aparato burocrático que implica destinar recursos al pago de salarios donde se encuentran los profesionales de trabajo social en instituciones de salud, los cuales desde su parte operativa en la implementación de la políticas pública podían observar desde su interacción cotidiana en la dinámica institucional las deficiencias o los puntos a mejorar de las políticas públicas.

2.2 Las aportaciones disciplinares en las políticas públicas

Como se ha revisado en el apartado sobre las políticas públicas deben de incorporar elementos como la participación ciudadana, la democracia y la gobernanza como parte de su construcción teórica en los procesos de elaboración, implementación y evaluación, como se muestra a continuación:

La pretensión entonces era la de hacer estudios científicos que contribuyeran a racionalizar las decisiones públicas. “Las ciencias de las políticas se interesan en la importancia del conocimiento de la decisión y dentro de la decisión” si bien se consideraba, ya que las decisiones que cuentan en la política no son sólo las gubernamentales, que “las decisiones de orden público no agotan el campo de las políticas [...] en nombre del realismo es esencial estudiar los procesos de toma de decisión semioficiales y no oficiales. La línea divisoria entre el orden público y el civil es una zona más que una línea” (Canto, 2010, p. 81)

De tal forma que las disciplinas de las ciencias sociales deben ser consideradas como parte de su estudio para ampliar el conocimiento respecto a las políticas públicas, como se explica a continuación:

el aporte principal de la disciplina fue lograr que la manera como la política era elaborada, decidida y ejecutada –procesos que no habían sido estudiados de manera

sistemática por la ciencia política y la administración pública tradicional– llegara a convertirse en objeto de estudio epistemológicamente válido y académicamente relevante y que su conocimiento fuera considerado crucial para la mejora de la acción de gobierno. (Aguilar, 2004, p. 26)

Un ejemplo de las aportaciones disciplinares lo podemos encontrar en Colombia, así como la articulación de las diferentes disciplinas que participan en ellas para lograr una congruencia entre la realidad de la población y los objetivos establecidos por las autoridades:

el diseño de la política pública distrital tiende a ser coherente frente a la estructura de programas que quieren optimizar el servicio y dar soporte a las necesidades de la población. Esta política conceptualiza de manera compleja las realidades sociales más allá de las consecuencias o resultados explícitos de una necesidad, relacionando de manera sistemática aspectos como el medio ambiente, la familia, la comunidad, entre otros, que permiten la articulación de un campo interdisciplinario de conocimiento como epidemiología, psicología, Trabajo Social, Sociología y demás, para dar respuestas a estas necesidades. (Cruz & López, 2019, p. 94)

Los elementos que revisamos en el punto anterior se hacen presentes en el diseño de la política pública, la participación ciudadana como parte de las construcciones para la población beneficiaria, la democracia con la inclusión de las personas afectadas, las diferentes disciplinas con sus aportaciones en un campo específico para lograr una integración de las diversas problemáticas atendidas; la gobernanza con la equidad, búsqueda de alternativas viables y reales, considerando los aspectos culturales, ambientales y comunitarios que pudieran obstaculizar la implementación de la política pública y el conocimiento disciplinar para fortalecerlas, prevenir posibles errores y reformularlas con sustentos teóricos y contribuciones de la población beneficiaria.

El conocimiento te brinda la posibilidad de obtener un grado de especialización sobre las políticas públicas para enriquecerlas, “la política y el conocimiento constituyen una guía de acción. A través de la historia, su objeto ha sido proveer a los hacedores de policy la información utilizada para elaborar juicios razonados y para la búsqueda de soluciones a los problemas prácticos” (Guerrero, 1997, p. 273), elemento que de acuerdo con Teresa Matus es necesario incorporar:

De allí que observar la complejidad generada por las políticas públicas es un desafío pendiente. Es decir, hay un déficit de observación en las políticas que más bien prescinden de teorías generales de la sociedad y, de ese modo se encuentran en la siguiente paradoja: querer aportar a la agenda social sin sistemas lógicos adecuados para pensar la sociedad en que vivimos. (Matus, 2016, p. 27)

Se aspira a dotarlas de científicidad disciplinar por medio de la investigación ya que “las políticas gubernamentales se basaban no sólo en las investigaciones sociales sobre empleo, educación, desarrollo de zonas económicas deprimidas, participación política local, discriminación y pobreza... sino que también las promovían”. (Aguilar: 1992; p. 5) Por lo que tiene un papel trascendental para su elaboración como

también lo refieren Gómez, Orozco, Rodríguez y Velásquez con la preocupación de lograr que ese conocimiento se viera reflejado en acciones públicas:

Aunque en principio la relación de complementariedad entre investigaciones y políticas de salud parezca obvia, los expertos no se han puesto de acuerdo sobre la capacidad de las primeras para influir sobre las segundas, ni sobre la apertura del proceso política a los descubrimientos y hallazgos de los investigadores [...] Una segunda inquietud que no puede resolverse con estos datos, pero que debe plantearse como interrogante de especial importancia, se refiere a la direccionalidad de la influencia. ¿Son las reformas sanitarias, por ejemplo, el efecto de las investigaciones y publicaciones realizadas en este campo o las publicaciones son, por el contrario, el reflejo de decisiones políticas ya tomadas que se imponen a los investigadores? En el primer caso, las investigaciones ejercerían un poder innovador; en el segundo serían un elemento conservador utilizado para legitimar decisiones previamente asumidas (Gómez, Orozco, Rodríguez & Velásquez, 2007, p. 196).

De acuerdo con Ruiz se puede considerar al conocimiento y la investigación como elementos sustanciales para las políticas públicas en su fase de “Desarrollo: Formulación preliminar de proposiciones políticas” ya que considera los siguientes elementos:

1. Identificación y definición de los problemas;
2. Percepción de una problemática actual o futura, tanto por parte del político como por el técnico, resultante de:
 - demandas políticas,
 - demandas sociales,
 - necesidades identificables,
 - juicios de valor sobre cierta realidad,
 - compromisos políticos asumidos;
3. Selección de soluciones;
4. Establecimiento de algunos objetivos o metas preliminares y
5. Preselección de medios inmediatos. (Ruiz, 2013, pp.3-4)

Son aspectos que, por medio del conocimiento de las disciplinas de las ciencias sociales, sus investigaciones sobre necesidades y demandas pueden ofrecer a las políticas una fundamentación que evite el pragmatismo burocrático en esta fase (diseño) que generalmente se realiza sin considerar a los diversos profesionales con sus aportaciones respecto a los cambios de las poblaciones en la sociedad. El siguiente testimonio ejemplifica lo antes mencionado respecto a la elaboración de la política pública y su aplicación práctica en la institución:

Porque lamentablemente muchas de la gente que se sienta a hacer las políticas en ese sentido, pues no conoce esa con exactitud la realidad en la cual estamos inmersos. Entonces, a veces se hacen políticas que nada tienen que ver con la realidad, no, si hasta ahorita, aunque esté plasmado que es salud para todos, hay comunidades que no tienen lo básico, en un primer nivel, ya no hablemos en un segundo, y en un tercer nivel de atención. (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

Los aportes de las ciencias sociales con base en el conocimiento científico nos permiten entender los problemas y necesidades, pero sobre todo adentrarnos en ellos de forma racional, con una fundamentación teórico conceptual, y a su vez ser compartidas para incentivar la participación de la población en las políticas públicas. “En muchos aspectos, la convergencia en su seno del análisis de sistemas, la investigación de operaciones, la cibernética y las ciencias sociales aplicadas, otorgan a las políticas públicas un significado de articulación, cobertura y congruencia pluridisciplinario, ciertamente difícil” (Guerrero, 1993, p. 83)

“La civilización moderna es portadora de un gran cumulo de sabiduría producida por la ciencia, y sin embargo no se tiene el dominio de como transformar esta sabiduría en información viable en el proceso de Formación de Policy “(Guerrero, 1991, p. 25) es decir, que a pesar de los avances científicos y tecnológicos en materia de políticas públicas pareciera que no se han visto reflejados estos saberes de la historia moderna para lograr que tales políticas tengan una congruencia entre los aportes de las ciencias sobre las situaciones actuales del contexto de la realidad, en palabras de Guerrero (1991) la incorporación de otros actores tanto en la elaboración, implementación y evaluación de las mismas con la finalidad, de lograr un conjunto articulado de respuestas por parte de los sectores involucrados en este proceso entre el conocimiento producido por la ciencia y el poder de la toma de decisiones del gobierno.

Sin embargo, los procesos de las políticas públicas no cuentan con esa articulación entre las investigaciones de las problemáticas sociales y la asesoría de los académicos para tener congruencia entre la formulación, implementación y la evaluación. Específicamente en el ámbito de la salud los profesionales de trabajo social podrían aportar elementos sustanciales desde su experiencia práctica-operativa al desempeñar sus labores dentro de la institución y la interacción con los usuarios:

En esta medida se realiza un aporte para el Trabajo Social y las políticas públicas en la perspectiva de la dignidad humana por medio de las fases de identificación de problemas, formulación de soluciones o acciones, toma de decisiones, implementación, seguimiento y evaluación. (Cruz & López, 2019, p. 89)

La ideología para elaborar las políticas públicas en el caso de México es de la perspectiva “desde arriba”, donde la responsabilidad recae en los actores gubernamentales quienes no tienen la formación académica para entender e interpretar los contextos socioculturales de los usuarios, ni el conocimiento práctico institucional, el interés por la gobernanza participativa para realizar coordinaciones con los tres niveles de gobierno. Hay autores que se refieren a este tipo de formulación como la ciencia de salir del paso o por las ramas donde “supone capacidades intelectuales y fuentes de información que los hombres simplemente no tienen” (Lindblom, 1992, p. 203)

La teoría, el conocimiento y la información resultan esenciales como factores que prevean posibles complicaciones y puedan adecuarse lo mejor posible a las

respuestas que la población requiera, no como paliativos sociales emergentes sino como una forma de satisfacer las demandas de la población que los excluye de un sistema donde el individualismo garantice la preservación del poder de Estado. Los programas gubernamentales están asociados a los operadores de las políticas, cabe mencionar que tienen la difícil labor de valorar la posibilidad de continuidad en las mismas, la necesidad de cambiarlas o simplemente la cancelación en caso de ser inoperantes. Eliminar una política requiere tener un conocimiento e información que facilite y justifique esta decisión, los riesgos sociales que implica hacerlo, el costo de una acción de tal magnitud, las repercusiones para el gobierno desde lo político, atravesando por lo económico hasta lo ideológico ya que no puede haber (pero ocurre) una cancelación por intereses partidistas, o empresariales.

Este enfoque aporta una concepción instrumental donde los operadores de la política pública son relevantes para el gobierno, aquí podría hablarse de los profesionales con las habilidades, saberes y conocimientos sobre la realidad social que fundamenten desde el ejecutivo en su parte operativa la viabilidad de políticas, ya que su interacción con la población atendida les proporciona dichos elementos, como pueden ser los trabajadores sociales insertos en el ámbito de la salud

porque realmente no creo que los de arriba sepan con exactitud lo que están viviendo, este, vamos a decir, los grupos vulnerables con los cuales nosotros llegamos a trabajar. Un día yo escuchaba que decía para un x trabajo, decía que ni los psicólogos, ni los médicos tenían el perfil, sino que, quien lo tenía era trabajador social, precisamente por estar cerca de esa gente, porque eres el facilitador, el mediador, ¿cómo se le puede llamar?, y ves este, a flor de piel, ¿las necesidades que van o los problemas que van surgiendo? ¡No! (Folio 02, 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 22 de septiembre de 2020)

El trabajo con grupos vulnerables requiere de tener los conocimientos y habilidades para atenderlo de forma adecuada respetando su condición sociohistórica y humana. El trabajo en instituciones de salud permite observar las deficiencias existentes de los programas federales, los obstáculos que presenta al acudir a la institución tanto administrativos como del recurso humano que labora ahí, cuestiones que pudieran ser irrelevantes, son de suma importancia en los procesos de atención a la población usuaria porque no se consideran las cuestiones sociales de la población que solicita un servicio (derecho) y los requisitos solicitados por parte de la institución no se adaptan a las circunstancias, los contextos que presentan las familias.

Un ejemplo de ello puedo ser el cambio del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), este último emitió sus reglas de operación con más de un año de retraso para la implementación de sus programas, durante ese tiempo estuvieron trabajando con las reglas de operación del programa que lo precedió y además presentaba fallas en la cobertura de los diagnósticos beneficiando a los menores de cinco años, pacientes oncológicos, o con enfermedades consideradas catastróficas principalmente y excluyendo a quienes no cumplían con alguno de estos requisitos, recayendo el pago de la atención recibida en los usuarios. Esto se refleja en un testimonio donde se

evidencian las complicaciones en la atención de pacientes con enfermedades crónicas:

El Seguro Popular te dice que es para todos, no es cierto, no es para todos, es por diagnósticos. ¿y cuántos? O sea, la mayoría de los diagnósticos que está cubierto por el Seguro Popular son hasta los cinco años. ¿Cuántos diagnósticos, por ejemplo, en el caso del servicio que tengo Reumatología y CEDI?, ¿cuántos diagnósticos de ahí realmente pueden llegar o pueden presentarse antes de los cinco años?, ninguno, o sea, son padecimientos que asemejan un tratamiento igual a un trasplante, igualito a un trasplante o más, pero que no se presentan antes de los cinco años, se presentan después de los cinco años, esa es la norma, es una de las características que tiene, por ejemplo, el LUPUS; la artritis es muy a lo mejor la artritis es menos, pero el LUPUS es más seguido, es más, es más común que la gente lo presente ya en la adolescencia que en la niñez. (Entrevistada folio 01; 47 años, adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 22 de septiembre de 2020)

La finalidad de la política pública es crear programas de atención para la población vulnerable y marginada, de no hacerlo la brecha de la desigualdad aumentaría, la situación se volvería aún más complicada, el gasto de esos programas estaría justificado en la parte administrativa, sin embargo, en la parte social no daría respuesta, legitimidad y confiabilidad en los actores gubernamentales. El contar con indicadores que muestren el número de la población atendida en comparación de un año a otro, reducción en ciertos diagnósticos o la construcción de unidades de atención médica, no pueden verse como exitosos, si no se ha hecho una evaluación sobre las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales de la población atendida, como se describe en el testimonio con la atención para ciertos diagnósticos de determinada edad, ¿qué sucede con aquellos cuya mayoría de edad sobrepasa la cobertura indicada en el programa?, ¿cómo van a solventar el tratamiento farmacológico?, ¿qué apoyos institucionales a través del gobierno federal se ofrecen a la población usuaria?

La otra cara de la moneda es que, cuando la gente sí usa los servicios, a menudo incurre en gastos catastróficos al pagar por la asistencia prestada. En algunos países, hasta el 11% de la población sufre este tipo de dificultad financiera grave cada año y hasta el 5% se ve arrastrada a la pobreza. A nivel mundial, alrededor de 150 millones de personas sufren catástrofes financieras anualmente y 100 millones se ven obligadas a vivir por debajo del umbral de pobreza (OPS, 2019, p. 8)

Hay un proceso de evaluación de esos programas, su utilidad, necesidad, impacto, su posibilidad para replantearse o reformularse en caso de no cumplir con las metas trazadas por el gobierno y los ejecutores de la política pública. Las evaluaciones son insuficientes porque se atienden criterios formales, para efectos de presentar informes internos, con débil impacto social para medir los resultados de los programas, e inclusive tienen ciertos matices de conveniencia para mantener una reducción de la población en condiciones de marginalidad y exclusión.

Retomando en el enfoque “desde debajo” de las políticas públicas, es posible apreciar el uso de metodologías de las ciencias sociales y ciencias naturales para dotar de una racionalidad, aquí se habla de una intervención de problemas del dominio público en los procesos de elaboración, ejecución y evaluación. No se percibe una división entre el conocimiento y las metodologías científicas para la elaboración de las políticas mucho menos en su implementación y evaluación.

La racionalidad en el enfoque “desde abajo” la cual no es la tecno burocrática, sino una identificada con los derechos humanos, con empatía y compromiso profesional de las políticas públicas proviene de la economía neoclásica la cual, formula cursos de acción que persiguen el logro de fines específicos, normalmente dictados por nuestros deseos o intereses y por lo general ajenos a consideraciones de orden moral (Canto, 2015, pp 260-261) las elaboraciones morales no serían parte de la racionalidad, no así las acciones determinadas que buscan lograr los objetivos que traen consigo intereses y deseos consientes. Martínez-Oliveros nos comparte el modelo de la racionalidad que consiste:

en recoger informaciones e investigar de forma sistemática con el objeto de identificar los problemas presentes o posibles. Definir todas las alternativas posibles para enfrentar cada problema. Hacer un análisis omnicompreensivo de todas las posibilidades alternativas y de sus consecuencias. No existe prácticamente una política que parta de cero, casi todas en su inmensa mayoría ya han sido planteadas con anterioridad por autoridades que han antecedido a quien ahora las retoma. Sin embargo, cabe la posibilidad de generar alguna política innovadora o totalmente nueva. (Martínez-Oliveros, 2015, p. 37)

Hay información e investigaciones de los problemas, así como sus contingencias probables y las alternativas que hay para responder, se realiza un análisis de las consecuencias que habría en caso de no funcionar o lograr el objetivo, se consideran las políticas públicas elaboradas previamente, es decir, no surgieron del empirismo o pragmatismo, sino que fueron probadas y hay la posibilidad de retomarse con la intención de hacer cambios significativos para mejorarlas o reelaborarlas nuevamente.

Un punto para considerar, que tiene relevancia para los trabajadores sociales es la información y las investigaciones que pueden aportar en el diseño, implementación, y evaluación de las políticas públicas. Como lo indica Guerrero “son las comunidades académicas las que dedican su trabajo a la construcción de la ciencia” (Guerrero, 1991, p. 20). Los trabajadores sociales como parte de esa comunidad académica poseen elementos teórico-metodológicos-conceptuales para hacer aportaciones sobre las problemáticas actuales y participar en estos procesos de diseño, implementación y evaluación. Otro testimonio desde la práctica laboral puede soportar lo que se expresa en este párrafo:

pero tienes un conocimiento general que te puede ayudar en un momento dado a incidir en esas políticas públicas, o sea, creo que serías un elemento muy importante que podría aportar conocimiento, podría aportar datos más objetivos, y más verídicos de las situaciones que se están dando (Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora

Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 22 de septiembre de 2020)

En este otro testimonio también se plantea su aportación a las políticas públicas: yo creo que el trabajo social tiene, tienen la opción no solamente de hacer lo que dice la política pública, sino de proponer algunas otras cosas para las políticas públicas en cuestión de derecho a la salud y en cuestión a lo que es toda la parte social que impacta, o más bien toda la parte de salud o del proceso salud-enfermedad que puede impactar a lo social del caso del paciente, yo creo que ahí tendríamos que, la oportunidad de proponer a las políticas públicas que es lo que podría hacerse con un paciente en tales circunstancias (Entrevistada folio 10: 49 años, adscrita al servicio de Supervisión de Trabajo Social, entrevista realizada el día 4 de diciembre de 2020)

Los testimonio antes mencionados nos aportan elementos para realizar contribuciones a la política pública desde la parte operativa del actuar profesional en el proceso salud-enfermedad y el derecho humano a la salud con el conocimientos de la realidad y las complejidades que tienen durante los procesos hospitalarios, accesibilidad, situaciones familiares modificadas, por mencionar algunos, los cuales podrían incluirse en la implementación de las políticas como lo apuntan Van Meter y Van Horn (2000), qué consiste en:

aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos. A estas acciones pertenecen tanto los esfuerzos momentáneos por traducir las decisiones en propuestas operativas, como los esfuerzos prolongados para realizar los cambios, grandes y pequeños, ordenados por las decisiones políticas (Van Meter & Van Horn, 2000, p. 3)

La implementación entendida por los autores como acciones realizadas por individuos (diversos profesionales, por ejemplo) para el logro de objetivos establecidas con un carácter operativo y estas pueden realizar cambios mínimos si así se requirieran, pero con un impacto en la realidad de las personas o poblaciones a quienes van dirigidas. En las instituciones los trabajadores sociales realizan estas acciones para propiciar cambios en los usuarios, ya sea por medio de información, orientación e intervención debido a su interacción, sin perder el grado de profesionalismo al llevarla a cabo.

Ese profesionalismo en políticas públicas requiere de una responsabilidad ética para brindar una información adecuada, respetando su dinámica familiar, considerando su contexto, los recursos disponibles para afrontar las situaciones y las posibilidades reales de una modificación de su condición actual:

el Trabajo Social y la política pública, corresponden entonces, a procesos y dinámicas económicas, sociales, políticas y culturales donde el Estado genera formas de intervención para dar respuesta a los problemas considerados socialmente relevantes, buscando acomodar ejes comunes de orientación, continuidad y sostenibilidad en el tiempo por parte de autoridades estatales, articulando diferentes dinámicas locales. (Cruz & López, 2019, p. 96)

Esta interacción permite conocer aspectos importantes de los usuarios como son el lugar de procedencia, el tiempo de traslado, la tipología familiar, su estructura, la distribución del ingreso, condiciones de vivienda, religión, entre otros; así como saber si la elaboración e implementación de las políticas consideraron estos aspectos de la población atendida para analizar si tendrían los resultados esperados y requeridos por ellos. “A diferentes tipos de decisión, corresponderán determinados procesos, estructuras y relaciones entre los factores que influyen en la ejecución de la política pública”. (Van Meter & Van Horn, 2000, p. 8)

Dada las peculiaridades de cada una de las problemáticas como son educación, vivienda o empleo, las políticas públicas en salud requieren de una implementación distinta a las anteriores:

el enfoque basado en derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado. Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas (Canto, 2008, p. 25)

Razón por la cual es indispensable contar con especialista en el tema de Derechos Humanos para incluirlos en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas:

los marcos de derechos humanos necesitan fundamentarse por completo en la mejor evidencia que tengamos de la salud pública y también tienen que preocuparse de la distribución equitativa de los frutos de los progresos científicos. Al mismo tiempo, pensar la salud en términos de derechos hace que cuestionemos de manera crítica las implicaciones que tienen definir la salud y la mala salud separado de lo que significan para las diversas personas en sus vidas. (Yamin, 2018, p.116)

Considerar los contextos actuales sobre las poblaciones atendidas, los significados de salud o enfermedad para ellos, el acceso a las instituciones para ejercer su derecho de acuerdo a los niveles de atención correspondientes, así como otras actividades de corte administrativo que si bien no tienen la importancia de las anteriores, son necesarias para la inducción de los pacientes, como son: la explicación de normas institucionales y procesos a realizar, incluidos en el proceso de implementación de las políticas públicas.

Pero además trabajo social tiene la capacidad de hacer propuestas desde su práctica con la población, apoyada con un sustento teórico-metodológico que permite la incorporación de los tres elementos analizados de las políticas públicas: participación ciudadana, democracia y gobernanza:

la posibilidad al Trabajo Social para intervenir en esta incidencia política, el desarrollo de mecanismos e instrumentos para que se empodere a los ciudadanos en la exigibilidad de los diferentes derechos y la capacidad de construir escenarios de locución multidireccional entre el Estado y la sociedad; lo cual plantea la posibilidad de incidencia que tiene el ciudadano común denle el diseño y construcción de una

política pública por medio de las intervenciones que se desarrollan en lo profesional desde el acciones propio del Trabajo Social. (Cruz & López, 2019, p. 94)

Es necesario la realización práctica de un trabajo social contemporáneo como lo sugiere Parra

El desafío del Trabajo Social en la contemporaneidad se vincula al fortalecimiento de una intervención profesional sólidamente fundamentada, en una permanente lectura y análisis de la realidad social, que permita superar prácticas burocráticas y rutinarias. Las posibilidades de innovación, de transformación se encuentran en la misma realidad, (Parra, 2017, p. 26)

2.3 Las políticas de salud.

Como se ha visto en el punto anterior, las políticas públicas no son únicamente decisiones que toma el gobierno para la atención de los problemas sociales de sus gobernados, sino implica la incorporación de elementos indispensables como son: la democracia, la participación ciudadana y la gobernanza, como lo indica Guerrero (1993) no es suficiente lo que elige o no hacer el Estado, sino que debe haber una articulación con los diferentes actores de la sociedad, incluida la academia, para lograr que las metodologías de aplicación en la toma racional de decisiones funcionen dentro de esa cotidianeidad y sean coherentes con los aspectos sociales, económicos y políticos, “el enfoque de las políticas públicas aspira no sólo a calcular los medios, sino también a analizar el propio proceso decisorio y a los actores que intervienen en éste”. (Canto, 2010, p. 81)

Por otro lado, están las aportaciones de las diferentes disciplinas en las políticas públicas, con un soporte teórico-práctico-académico que provea de una toma de decisiones integral, participativa, objetiva, por lo que el planteamiento de Omar Guerrero tiene relevancia al decirnos que “nunca los gobiernos han tenido problemas más complejos que resolver, que los propios de las sociedades contemporáneas” (Guerrero, 1990, p. 43), y la salud es uno de ellos.

“Las políticas públicas en salud afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Prohíben conductas que se perciben como riesgosas, alientan las beneficiosas, protegen derechos y el bienestar de algunas poblaciones” (Montes de Oca, 201, p. 45). Nuestra cotidianeidad no es ajena a las políticas públicas y mucho menos cuando se habla de salud, ya sea por experiencia propia, como cuidador primario o acompañante de algún familiar enfermo a determinada institución de salud para solicitar el servicio, hemos observado conductas que afectan nuestra dinámica familiar o laboral, modifican nuestro entorno y de cierta manera establecen la forma de actuar en esa realidad.

Ruiz define a las políticas de salud “como aquel ámbito de la sanidad que nos afectan a todos, en el que asumen un papel protagonista los políticos en su papel de

representantes de los ciudadanos” (Ruiz, 2011, p. 103) La enfermedad indudablemente nos afecta, de tal forma que, si no gozamos de salud, no es posible realizar otras actividades esenciales para la vida. Sin embargo, los políticos mexicanos anulan el enfoque de gobernanza de las políticas en el proceso de diseño, formulación, y evaluación, por lo que no considera la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto a cuestiones que repercuten directamente en su forma de vida.

El enfoque de derechos fortalece y coadyuva a que las políticas públicas sean consistentes en sus respectivas fases: diseño, implementación, y evaluación:

los derechos humanos son sólo un criterio de orientación de las políticas públicas, o si desempeñan un papel relevante en su gestación, implementación y evaluación, habrá que responder que hasta ahora sólo se desenvuelven como criterios de orientación, no obstante, tampoco desdeñarían diversos trabajos que de manera sectorial (en educación, salud vivienda, entre los principales) parten de una formulación de derechos e intentan diseñar estrategias e instrumentos y ponderar costos de su puesta en práctica. (Canto, 2010, p. 101)

Si bien es cierto que el enfoque de derechos es uno de los criterios de orientación de las políticas públicas, los trabajos que se han elaborado bajo esta perspectiva resultan factibles para su operación; si le agregamos el componente de la participación ciudadanía, la gobernanza, y el aporte disciplinar, tendrían un soporte teórico-práctico-conceptual que permita el logro de objetivos para las “transformaciones políticas, sociales y económicas (Montes de Oca, 2015, p. 48)

La salud tiene una estrecha relación con la política, la economía y lo social, no es un fenómeno ajeno a la sociedad. En lo referente al aspecto social hasta 2018 más de 54 millones de personas sobreviven en pobreza lo que representa el 41.9% de la población total de ese año, sin olvidar que 7.4 millones de personas padecen pobreza extrema (CONEVAL, 2019)

Por otra parte, prevalece la falta de acceso a los servicios de salud donde 20.2 millones de personas carecen de él; 71.7 millones de personas no cuentan con seguridad social a nivel nacional, y por consiguiente no cuenta con empleo formal que proporcione un salario digno para comprar la canasta básica, adquirir una vivienda adecuada o tener una educación de calidad. Como se ha mencionado no son factores aislados sino partes integradas en un todo. Las políticas en salud protegen la salud pública; “es decir, tienen como objetivo asegurar la integridad física y psíquica del individuo, y se concretan en una serie de servicios de atención primaria, hospitalaria y de prestaciones de tipo farmacéutico”. (Ruiz, 2011, p. 104)

Enfatizando en el ámbito de la salud para las políticas públicas se debe considerar lo siguiente:

Quienes tienen que formular la política de salud se ven enfrentados a difíciles opciones a la hora de asignar recursos y carecen de instrumentos analíticos para determinar las prioridades en la materia. Por ello los investigadores han intensificado

sus esfuerzos por formular marcos conceptuales y diseñar indicadores y métodos destinados a fijar las prioridades en materia de salud por conducto de criterios explícitos. (Bobadilla, 1998, p. 255)

Examinando las cifras respecto al número considerable de personas sin seguridad social en la República Mexicana (más de 70 millones), sin acceso a los servicios de salud, la asignación de recursos, económicos, humanos, y materiales para desarrollar las políticas públicas de salud debe estar bien estructurada metodológicamente; pensada de forma que toda la población con estas carencias reciba atención y los resultados sean los esperados, deseados y estipulados en el marco legal.

Los aspectos que contiene la cuestión social entendida como la articulación de los factores económicos, políticos, sociales, históricos, y culturales de una sociedad en interacción con los individuos parte de esta en sus diferentes contextos, no permite abordar los problemas sociales de forma aislada, sino que tienen interrelación directa en todos los aspectos de la vida de las personas, por su parte Gustavo Parra nos aporta su definición de la cuestión social:

De tal manera que podemos entender la cuestión social como la manifestación de las desigualdades y antagonismos políticos, económicos y culturales anclados en las contradicciones propias del desarrollo capitalista, poniendo en jaque el poder hegemónico de la burguesía y atentando contra el orden social establecido, lo cual generó múltiples estrategias del poder instituido para enfrentarla, callarla, naturalizarla, disminuirla o incorporarla. (Parra, 2001, p. 10)

Marcada la cuestión social con el enfoque capitalista y las contradicciones que genera en las desigualdades, con el siguiente testimonio presentado se observa desde la práctica del profesional de trabajo social los aspectos enmarcados sobre la cuestión social:

Hablamos mucho de la inseguridad que existe en nuestro país y que a cada rato roban, a cada rato asaltan y que yo me preguntaría cuántos de estos niños, cuántos de estos adolescentes que vivimos aquí en el hospital están participando en actos que van en contra de la ley, y que entonces sí sabemos que hay cuestiones que son culturales, que son aprendidas. ¿Qué haría yo desde aquí para poder modificar estas características? ¿Cómo podría yo educar o reeducar a esas familias, a esas mamás que de una u otra forma educan, a estos hijos bajo, bajo las cuestiones que viven en su medio?, no, es decir, si yo estoy diciendo que no haya violencia, desde aquí, desde la parte que me toca, ¿yo qué estoy haciendo para que no exista violencia? ¿[...] O sea, hay toda una serie de elementos, por ejemplo, como este, diría yo que tanto la persona si cuenta desde la postura del Coneval estas dimensiones que están cubiertas o no están cubiertas (Entrevistado folio 05, 48 años, adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

Los contextos no pueden en la actualidad entenderse y atenderse desde una visión segmentada, es necesario integrar cada uno de los aspectos de la cuestión social para ofrecer posibilidades de afrontamiento desde su perspectiva y basados en los conocimientos. Sin oportunidades en salud física, mental, emocional; en lo social;

económico, cultural, empleo y educación, no es posible acceder a un bienestar integral. De ahí la necesidad de entender la realidad para favorecer con políticas públicas sólidas a los sectores vulnerables:

la calidad de las políticas de salud y la viabilidad de cambios en el sistema de salud orientados hacia una mayor equidad están limitadas por la historia, la cultura, la política, la economía y los fundamentos sociales de los contextos en los que se aplican. Casi todos los aspectos de la política económica y social influyen sobre las condiciones de salud, y por ende sobre las disparidades en salud. (OPS, 2007, p. 316)

De acuerdo con el párrafo anterior, no es posible descartar los factores histórico, cultural, político, económico y social, en las políticas públicas, se requiere integrarlos articuladamente para lograr objetivos y resultados establecidos en la población atendida. Como parte de esa integración sería indispensable incorporar los puntos de vista de los actores (participación ciudadana) para entender desde su mirada el enfoque “desde abajo” de las políticas de salud considerando la subjetividad la población atendida:

Para que exista una real integración entre las políticas públicas en salud y los sistemas de salud, se deben fortalecer los espacios generadores del conocimiento que busquen integrar los diversos personajes inmersos en estas promulgaciones políticas, investigadores, tomadores de decisiones y la población en general (Montes de Oca, 2015, p. 56)

Esto con la intención de evitar una toma de decisiones que complejice aún más la precaria situación de los usuarios:

Cuando una persona con escasos ingresos, carente de toda protección contra los riesgos económicos, se enferma, se enfrenta a un dilema: si existe un servicio de salud local, puede decidir usarlo y empobrecerse aún más al tener que pagarlo, o bien puede decidir no usarlo, seguir enferma y correr el riesgo de quedar incapacitada para trabajar (OMS, 2013, p.7)

Es vital esa coordinación objetiva entre la academia con sus investigaciones en los temas relacionados con la salud, economía, pobreza, familia, la interrelación con sus realidades y los contextos donde habitan; los diseñadores de las políticas y quienes deciden (los políticos en el poder), así como la población que se ve afectada por estas implementaciones y aquellos que de alguna forma están en contacto con este tipo de problemas (coordinación subjetiva).

Las políticas de salud son “el curso de acción para resolver un problema y debería apoyarse en proyectos, programas y estrategias, unas de estas esencialmente deben ser elementos derivados de los procesos de investigación serios y formales vinculados a organizaciones civiles locales inmersos en la problemática (Montes de Oca, 2015, p. 57), en estas políticas de salud el trabajo con las organizaciones de la sociedad civil debido a su experiencia en estos temas, apoyaría a tener argumentos sólidos fundamentales en las políticas, además que se estaría integrando la gobernanza como elemento sustancial.

Estas políticas de salud tienen su aplicación dentro del sistema de salud, entendido como:

el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud. Estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios. Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud. (OPS, 2007, p. 317)

Ese sistema está integrado por las instituciones como pueden ser centros de salud, las clínicas, hospitales generales y hospitales de alta especialidad todos ellos en su conjunto forma el sistema de salud, está distribuido de la siguiente manera:

El sector público cuenta con distintas instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, la cSecretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y otros. Este conjunto presta servicios a los trabajadores del sector formal de la economía. Además, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el Programa IMSS-Prospera atienden a la población sin cobertura de la seguridad social. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. (OPS: 2007; pp. 187-188)

Es importante señalar que para este año (2020) el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) cambio de nombre por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual:

tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (INSABI, 2020).

Y como parte de las funciones que realiza, se menciona el número I, que indica lo siguiente:

Prestar de manera gratuita servicios de salud y asegurar el suministro de medicamentos e insumos asociados y demás elementos necesarios para la atención a las personas sin seguridad social, de conformidad con los instrumentos jurídicos que al efecto suscriba con las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud (INSABI, 2020).

En esta función podemos observar cómo se contempla el derecho humano a la salud ya que proveerá de manera gratuita los servicios de salud, así como el aseguramiento de los medicamentos e insumos necesarios, para ello se requiere de instalaciones modernas y funcionales con recursos técnicos y tecnológicos que permitan un diagnóstico y tratamiento adecuados, además de una calidad en la atención.

Por lo tanto, si las políticas de salud tienen como una de sus prioridades la protección de la salud de la población, su objetivo debe ser garantizar el acceso al derecho humano a la salud no sólo como una cuestión discursiva, sino como un hecho palpable en la realidad de aquellas personas como se indica a continuación:

Las prioridades en el sector de la salud no pueden determinarse en un vacío sino que deben estar en consonancia con los valores y principios de la sociedad respecto de la salud, la vida, la reproducción, el bienestar y la igualdad de oportunidades entre otros. La política nacional de salud definida por el gobierno debe reflejar estos valores. (Bobadilla, 1998, p. 259)

2.4 El derecho humano a la salud

Como se ha expuesto en los puntos anteriores, idealmente tendría que haber una relación entre las políticas públicas y el derecho humano a la salud, considerándola “desde una perspectiva integral, como un campo tensionado por componentes históricos, culturales, sociales, económicos y políticos. Desde esta visión, la salud se asocia a la posibilidad y exigibilidad del ejercicio de los derechos”. (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 27)

Sin embargo, en la práctica de los profesionales de trabajo social, hay discordancia por aspectos de la realidad que no posibilitan el ejercicio de esos derechos:

La gente más pobre, la gente que realmente, la gente que vive en la sierra, la gente que vive en comunidades muy alejadas, muy difíciles de acceder, que se enferme igual que todos y que pueden llegar a presentar muchos problemas, por cuestiones de conocimiento, por cuestiones de recursos, por cuestiones de cultura, por cuestiones de muchas cosas, yo creo que no tienen ni siquiera acceso a la salud, entonces es una falacia desde mi punto de vista muy bonita, pero que realmente en lo real, o sea en lo ya aplicable, no se tiene, no, no lo puedes tener, no. Entonces este, pues no, yo creo que no es una cobertura realmente completa de lo que es salud, yo creo que no. Yo creo que la gente que más lo necesita a veces ni te puede llegar aquí porque sus hijos se mueren, y mucho tiene que ver con la educación, y mucho tiene que ver con la cultura, y mucho tiene que ver con esto de no saber por qué nació mal y cómo nació mal. Pero entonces vamos desde que ni siquiera tienen acceso a un médico que sepa y que tenga los conocimientos necesarios para poder decir esto requiere que se mande a otro lado. Entonces muchas comunidades y nosotros lo sabemos, no son comunidades que tengan un médico, vamos, ni siquiera esta parte de poder mandar a los residentes a su servicio social, no, porque no llegan allá, entonces ni siquiera tienen acceso a poder decir realmente tengo una enfermedad o muero por una cuestión natural o no sé., desde mi punto de vista creo que sería eso. (Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 22 de septiembre de 2020)

Las tensiones en cada uno de los campos son claras: la falta de recursos económicos para acceder a los centros de atención hospitalaria, la carencia de infraestructura para la prevención y detección de enfermedades, las cuestiones culturales de las comunidades anegadas por los servicios básicos, la falta de recurso humano para atender estas necesidades, componentes entrelazados y a su vez

distanciados por los contextos de una realidad que no posibilita su integración por la fragmentación entre las políticas públicas y el derecho humano a la salud. Esto nos lleva a pensar como se define la salud, para la OMS es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2020), es decir, no solo refiere a una cuestión física o biológica, sino un completo bienestar del individuo para ello es necesario un empleo que provea del recurso económico para cubrir sus necesidades básicas; una vivienda para salvaguardar a su familia y protegerse de las condiciones climáticas de su entorno; educación que posibilite un mejor desarrollo, una salud que permita realizar estas actividades en su vida cotidiana.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud la define como un:

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OPS, 1978, p.1)

Aquí se considera un derecho humano relacionado con otros sectores como el económico (empleo formal; seguridad social), y social (acceso a vivienda digna, recreación y esparcimiento), sin descartar lo político y cultural; “el enfermo es un sujeto que vive en determinado momento histórico y bajo ciertas condiciones de vida que le imponen las fuerzas productivas del modo de producción hegemónico a su contemporaneidad”. (López, 2016, p.10)

La salud no solo es un estado de bienestar físico, mental y social, como lo marca la OMS, está relacionado con los derechos humanos como se afirma a continuación: debe ser considerada un derecho fundamental, individual y colectivo, y no un mercado de seguros individuales. Se trata de entender la salud como buen vivir y bienestar, no solo como ausencia de enfermedad [...]. Cuando no se aceptan las inequidades, la discriminación y la segregación socioespacial como naturales, es posible que la sociedad se movilice para superarlas. (Clavijo: 2017; p. 92).

Siguiendo esta línea la Organización Mundial de la Salud considerada el derecho a la salud como:

el grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación (OMS, 2017)

Como lo considera la OMS está ligada con otros derechos y bajo este parámetro se pueden considerar elementos que pueden ser incluidos en el proceso de las políticas públicas como son: la participación, acceso a la información, la gobernanza,

participación ciudadana y democracia. Con un enfoque diferente Álvarez define el derecho a la salud como:

el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Esta categoría abarca también el acceso a una alimentación adecuada, a condiciones de trabajo sanas y seguras y a servicios de apoyo para el cuidado de la salud (Álvarez, 2005, p. 131)

Se reconoce que la salud tiene relación con la alimentación y el empleo ya que los derechos son indivisible y complementarios, la accesibilidad, es decir, no importa la condición socioeconómica-cultural a las instancias que proveen de los servicios para atender las enfermedades e incluso realizar intervenciones si el estado físico se encuentra en riesgo, por lo que busca:

El goce del grado máximo de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este es influenciado por factores como la desigualdad social en salud que se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos (García-Ramírez & Vélez-Álvarez, 2013, p. 732)

Es cierto que las desigualdades en una sociedad como la mexicana son visibles ya que más de 70 millones de personas no cuentan con seguridad social y de esos más de 20 millones no tienen acceso a la salud (CONEVAL: 2019). Sin embargo, “la historia muestra que los gobiernos y las sociedades han logrado mejores resultados a la hora de formular la legislación sanitaria que de introducir los cambios necesarios a sus sistemas de salud y protección social para asegurar ese derecho”. (OPS: 2007, p. 318), en palabras de Álvarez (2005), si negamos el derecho a la salud, también estaríamos negando el derecho a la vida.

Para asegurar ese derecho en México está la Constitución Política, ahí se dictan las leyes para gobernar a los ciudadanos con sus derechos y obligaciones, en lo concerniente al derecho a la salud el Artículo 4° Constitucional, párrafo 4, establece

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Es deber del Estado garantizar que los ciudadanos tengan a acceso a la salud de forma gratuita para aquellos que no cuenten con algún tipo de seguridad social y su atención seá integral; sin embargo, se considera necesario aclarar que la gratuidad en los servicios de salud es el discurso lopez-obradorista, pero sabemos de antemano hay recursos públicos de por medio.

Pero ¿qué sucede con los usuarios cuando “tienen que actuar no como ciudadanos con reclamos válidos sino como pacientes del estado? (Auyero, 2009, 24) ¿cuándo deben esperar por una atención médica de urgencia que cumpla con los requerimientos institucionales para su ingreso?; ¿cuándo no se consideran los diferentes ámbitos de interacción y solicitan documentación “reglamentaria” para un proceso administrativo institucional “cuasi obligatorio?”, ahí se dispone del tiempo la familia, de los apoyos otorgados, de su forma de vida por parte de la institución, lo que se traduce en:

Ser un actual o potencial beneficiario es estar subordinado a la voluntad de otros. Esta subordinación es creada y recreada a través de innumerables actos de espera (el anverso es igualmente verdadero, la dominación es generada nuevamente haciendo esperar a otros). En esos encuentros recurrentes [...] la gente pobre aprende que, a pesar de los interminables retrasos y los cambios arbitrarios, ellos tienen que cumplir con los requerimientos de los agentes y sus máquinas. (Auyero, 2009, pp. 24-25)

Lo antes mencionado no se encuentra como un objetivo de la Ley General de Salud, la cual en su artículo 2º, referente al derecho a la protección a la salud, que establece las siguientes finalidades:

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

La fracción V, está relacionada con lo planteado por Auyero (2009) sobre los pacientes de estado, la tramitología hospitalaria y las actividades burocráticas no permiten alcanzar este punto, cuando no se encuentran los mecanismos necesarios, objetivos y sustentados metodológicamente para garantizar la gratuidad en los servicios a los usuarios. Previo a la gratuidad, los familiares acudían al departamento de “costos y análisis económico” con su nota de alta y póliza del seguro popular para determinar la cobertura que tendría el diagnóstico de su paciente, con base a una revisión del catálogo de enfermedades decidían que cartera los cubriría, en caso de no entrar en ningún programa, pagaban la atención en el nivel de cuotas correspondiente. La labor de trabajo social consistía en la sensibilización de los familiares para no crearles una falsa expectativa respecto a los beneficios obtenidos, además de enviarlos al lugar indicado para ver la situación hospitalaria. Se generaba incertidumbre en los familiares por no tener una respuesta sobre el costo de su

atención. A pesar de que estos procesos se repiten no se han establecidos esos mecanismos de inicio para saber a qué son beneficiarios, argumentando el motivo de ingreso en ocasiones es diferente al de egreso en cuestión de diagnóstico, razón por la cual se optó por el proceso descrito en líneas anteriores.

Una sistematización organizada de los diagnósticos podría ayudar a que los procesos fueran diferentes y de inicio saber si habría cobertura o no de su enfermedad, un registro de enfermedades y pacientes hospitalizados sería otra alternativa para generar mayor certidumbre y reducir los tiempos de atención, de forma tal que el trabajador social no se enfocara en estas labores de sensibilización e información a los familiares para realizar otro tipo de trabajo sino en conocer las cuestiones socio-familiares, comunitarias-culturales de los contextos donde interactúan.

La Ley citada en la fracción VII del artículo 3° también refiere la importancia de: “La organización coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas auxiliares para la salud”. Por otra parte el artículo 6° en su fracción III define como uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud: “Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con discapacidad, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social”; en el Artículo 7° se indica que “La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud”, precisando en la fracción VIII como una atribución de esta dependencia “Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud”.

Este último punto es relevante para los trabajadores sociales en el campo de la salud ya que sus posibles aportaciones desde la institución, en el trabajo cotidiano con el usuario pueden generar una visión diferente al enfoque clínico

Se presenta en muchos exponentes médicos y del sector de la salud una adhesión acrítica de la tecnología y un abandono de la esencia humana en las interrelaciones. Se percibe una prelación del racionalismo cientificista en desmedro de la sensibilidad humana. Una relación médico-paciente basada en aspectos predominantemente farmacológicos o incluso no desprovistos de intereses comerciales, que tiene como consecuencia una creciente desconfianza mutua. (Clavijo, 2017, p. 91)

No perder de vista la cuestión humana en el derecho a la salud que fortalecida con investigaciones científicas nos brindaría una herramienta para entender la realidad actual, comprenderla desde el proceso salud-enfermedad con “el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo” (Carballeda, 2012, p. 1), es decir, como un diálogo confluyente entre el sujeto y su entorno cultural donde se presentan demandas que requieren ser atendidas por el profesional de trabajo social ya que tiene los conocimientos desde la singularidad de su formación y así proponer alternativas de solución que enfatizan el Derecho Humano a la Salud como algo más que solo considerar exclusivamente con la atención de la salud para no incurrir en un

reduccionismo conceptual del derecho a la salud ya que la asistencia es una parte complementaria de todo el proceso de la salud, se incurre en la reducción conceptual del derecho a la salud, la asistencia es tan solo una parte del todo. (López, 2016)

Esto va entrelazado con la interpretación del proceso salud-enfermedad no desde una visión clínica sino desde una visión más integral donde los aspectos socioculturales-ambientales han cobrado relevancia y por consiguiente requieren de una intervención profesional, sistemática y cimentada en aportes teórico-metodológicos que eviten una actuación empírica o pragmática de los contextos actuales de una realidad que requiere de ese profesional capaz de entenderla e incidir en la misma.

Es necesario incluir en este proceso salud-enfermedad “los cambios en el Medio Ambiente ocasionados por la influencia del Hombre determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y va a repercutir de forma desfavorable en el proceso salud-enfermedad”. (Hernández, Hernández, Mauri, Pérez & Vilma, 2012, p 733)

“El orden político, económico, ideológico y cultural que conjuntamente configuran la estructura de una sociedad determinan la ocurrencia de un evento en salud” (Idrovo, 2017, p.407), las estructuras sociales, ideológicas, políticas y culturales junto con la económica son parte de este proceso entendido de forma multidimensional con sus relaciones entre cada una de ellas sin buscar una generalización del fenómeno por lo que este proceso dejó de ser aislado, unidireccional y se volvió más integral:

Las tradicionales concepciones sobre la salud y la enfermedad parecen no satisfacer las actuales exigencias de la práctica médica a partir de los avances ocurridos en la biología molecular y las neurociencias, unidas a las tecnologías de computación. Estos cambios revolucionarios, han provocado, lo que ha sido llamado “salto paradigmático” o paradigma de transición que supone afectara profundamente las relaciones humanas básicas de la práctica médica, trascendiendo en su quehacer a las expectativas públicas. Hoy la participación social de los diferentes actores en la creación de su propia salud incluye la necesidad de la intervención más activa de ellos en el rol de la terapia y conservación de su salud (Aguirre & Macias, 2002, p.2)

Los usuarios atendidos en el hospital, junto con sus familias ya son parte importante del proceso salud-enfermedad, porque los entornos donde se desarrollan (social, económico, cultural y político) no pueden aislarse del contexto médico-clínico de la salud, es decir, las estructuras institucionales, mediante la interacción cotidiana con los aspectos señalados anteriormente complementan atención médica incorporando factores que favorezcan u obstaculicen el tratamiento como es el casos de estudios extramuros de urgencia y la búsqueda de implementos necesarios para un adecuada recuperación. Las políticas públicas no consideran este tipo de estudios o implementos en la parte de elaboración, sin embargo, en la parte operativa es común observar con frecuencia este tipo de solicitudes o gestiones en la fase de implementación.

Como parte del Derecho Humano a la Salud el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1981) en su preámbulo establece “el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos” (p. 38). El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1981) refiere a otros derechos (participación, organización, información) Si no existe el respeto a estos derechos por parte de las autoridades correspondientes, no se puede hablar de una libertad del ser humano, los derechos no tienen una aplicación parcial o conveniente, deben ser respetados en su totalidad.

El mismo PIDESC en su Artículo 2, numeral 2 refiere también que “Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” (p. 39). En la Parte II Artículo 3 indica que “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto”. (p.39).

Este Pacto en su Artículo 12, numeral I establece lo siguiente: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (p. 41). En el numeral II describe las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos con asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad (p.41)

Se puede observar que el derecho humano a la salud se debe gozar con el más alto nivel posible de salud física y mental, además de tener medidas para reducir la mortalidad infantil y lograr un pleno desarrollo, mejores condiciones de higiene laboral y un medio ambiente sano, la prevención y el tratamiento de enfermedades, en caso de estar enfermo la población infantil es una prioridad para este país al ser una un grupo vulnerable.

Este derecho se incluye en la reforma constitucional de 1984, cabe señalar que el PIDESC definió a la salud como derecho desde 1966, 18 años antes de la reforma de nuestro país, y fue publicado en el Diario Oficial de la Federación de México hasta 1981, año en que México ratifica el PIDESC.

Las personas que acuden a las instituciones de salud van a ejercer su derecho como lo marcan la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, por lo que el Hospital Infantil de México al ser parte de una institución pública, tiene la obligación de atender a los niños, niñas y adolescentes para proteger y respetar sus derechos con base en interés superior del niño, definido por la Comisión Nacional de Derechos Humanos en su material de difusión como:

Un principio de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), cuya aplicación busca la mayor satisfacción de todas y cada una de las necesidades de niñas, niños y adolescentes. Su aplicación exige adoptar un enfoque basado en derechos que permita garantizar el respeto y protección a su dignidad e integridad física, psicológica, moral y espiritual. El interés superior debe ser la consideración primordial en la toma de decisiones relativas a niñas, niños y adolescentes, “por tanto se debe conceder más importancia a lo que sea mejor para el niño”. Las niñas, niños y adolescentes están en proceso de formación y desarrollo, por sus características particulares dependen de las personas responsables de su cuidado para la realización de sus derechos; sin embargo, esta circunstancia puede llegar a limitar sus posibilidades de defender sus intereses. (CNDH: 2019)

El interés superior debe ser un factor esencial en el ámbito institucional para la toma de decisiones relativas a niñas, niños y adolescentes, es importante salvaguardar su integridad, considerarlos como seres humanos sujetos de derechos, concederles importancia a sus sentimientos, pensamientos, promover decisiones y acciones desde el niño y no desde la mirada adulto-céntrica e institucionalizada del hospital, esto trae consigo una serie de dificultades en la aplicación de la convención referida

El principio de interés superior del menor es un concepto jurídicamente indeterminado, de muy difícil definición concreta única y útil, aplicable a todos los casos en presencia, debido a la heterogeneidad de sus titulares, pues igual se puede predicar de un titular individual (un niño) o colectivo más o menos amplio (un grupo de niños o todos ellos) (CNDH, 2019)

En seguida presentaremos un testimonio donde se observan elementos para considerar el bien superior del niño en la práctica laboral del profesional de trabajo social, ya que no son componente desligados:

Aquellos niños que en algún momento perdieron a sus papás, no, perdieron a sus papás y ahora se van ir con el tío o se van a ir con la tía, no. Pero nosotros en este momento no hemos hecho nada como para decir que sí se vaya con la tía o que se vaya con el tío o no, ¿Qué tal si el tío es el abusador de esta niña?, entonces no lo estamos documentando. Se va con el tío Chido, que le vaya bien, y se va con el tío, y no conforme con eso le dan la beca Leona Vicario para este, porque como perdió a sus papás, al tío le van a dar esa lana para que mantenga la niña, no. Pero socialmente, ¿qué elementos aplicamos para decir este sí pues que se vaya con el tío o con la tía? ¿Qué tal si le hacen maldades o es un abusador? ¿Cuánta información no tenemos de que los principales abusadores están en la casa? Entonces es lo que te digo, o sea, los dejamos ir como si, como si nada, o sea, no pasa nada. (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

Los niños, niñas y adolescentes como parte de la población de México, también son sujetos de derechos y por consiguiente tienen que disfrutar de un estado pleno de salud como lo establece la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por México en 1990; en su Artículo 24 numeral 1 indica: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”. En el numeral 2 ordena que “Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para”:

- a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Dicha Convención en su Artículo 24 Numeral 3 mandata: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”. En el numeral 4 afirma que “Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo”.

Hay varias preocupaciones que están consideradas en esta Convención, como son la reducción de la mortalidad infantil, la prevención de enfermedades, asistencia médica, uso de tecnologías disponibles para lograrlo. No podemos olvidar que cada sociedad depende de los aportes científicos que produzcan sus profesionales, por medio de las investigaciones para fundamentar las acciones como parte del Estado y las instituciones como brazo ejecutor de sus políticas y para atender los derechos de la población.

Para ejercer ese derecho las familias y los menores usuarios directos definidos como pacientes pediátricos de los servicios del Hospital Infantil de México Federico Gómez es necesario que conozcan las leyes que los protegen y saber su operación en la

institución, considerar de igual forma su entorno social de tal manera que no sólo se enfatice la parte curativa y de atención como su derecho a la salud,

Como parte inseparable de ese derecho a la salud se debe contemplar el aspecto social de los usuarios por parte de las instituciones de salud, ámbito profesional de trabajadores sociales:

el trabajador social en el área de la salud se caracteriza por el apoyo y acompañamiento a los pacientes, a su familia y entorno, al igual que a los miembros del equipo interdisciplinario, trabajando sobre recursos internos y externos que facilitan el proceso de recuperación de la salud, identificando en primer lugar las necesidades sociales y problemáticas familiares y sociales que han afectado a ésta” (Correa, Corena, Chavarriaga, García, & Usme, 2018, p. 205).

Sin embargo, en el ámbito institucional, la realidad que vive la profesión y donde se desenvuelve es diferente debido a que predomina la ideología médica biologicista en el tratamiento de la enfermedad, con un enfoque farmacológico y de intervención del cuerpo, descartando que:

las personas que llegan al sistema público de salud en búsqueda de atención encuentran, en su mayoría, serias dificultades para la reproducción de su vida cotidiana. Puesto que no tienen trabajo estable, por ende, acceso a una seguridad social, alimentación suficiente, acceso a la educación básica etc. Encontramos trayectorias de vida signadas por situaciones de vulnerabilidad y precariedad. (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 32)

Estas condiciones de vulnerabilidad y precariedad dificultan el acceso a la salud, y por consiguiente su atención, no es posible dejar de lado cuestiones sociales, empleo, alimentación, educación. Sin considerar el tiempo de recorrido y la infraestructura para desplazarse; el empleo de los proveedores económicos, condiciones de la vivienda y la comunidad, índices de inseguridad y violencia, modificación de hábitos y conductas por la actual pandemia de COVID-19, el tratamiento no podría considerarse integral y adecuado a las circunstancias de la población, recayendo todo en la cuestión médica:

La atribución del saber médico de su calidad de científico y la consideración social hacia la ciencia como hacedora del progreso y superadora de barbarie favorecieron que el mensaje higienista (hoy COVID-19) impactara en todas las áreas de la vida social: la escuela, el hospital, el trabajo, el ocio, la política, la familia, en particular las familias pobres (Miguez, 2017 p. 173).

Ese saber de la medicina con su carácter de científicidad, provee de elementos legitimadores para incidir en las demás esferas de la vida del individuo, donde sin lugar a dudas está incluida la familia, por lo que resulta esencial las investigaciones en trabajo social para realizar sus aportaciones con elementos teórico-metodológicos que permitan abrir espacios institucionales ubicados solamente a la profesión de los médicos, con la intención de fortalecer los procesos institucionales con elementos para favorecer el derecho humano a la salud con elementos fundamentados teóricamente en la aplicación práctica del profesional de trabajo social.

El objetivo de la investigación es aportar al conocimiento científico desde de las ciencias sociales, donde se incluiría al trabajo social como parte del área socio médica contemplada en la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, su contribución sobre aspectos sociales para complementar el aspecto biológico de la enfermedad y se pueda lograr un tratamiento integral acorde a los contextos de los usuarios atendidos en la población.

Podríamos considerar la propuesta de Suárez sobre el intelectual que pretendía Bourdieu para aportar su conocimiento a la sociedad, que bien pudiera aplicarse en las instituciones:

La propuesta del “intelectual colectivo” comprende dos dimensiones. Primero, la creación de formas de solidaridad “entre las víctimas de la precarización, tan presentes hoy tanto en las profesiones de capital cultural fuerte, como los profesores, los profesionales de la salud y los comunicadores, como en los empleados y obreros”. Esto implica que existe algo en común entre agentes que ocupan un lugar social diferente, pero cuya relación frente al sufrimiento social es la misma. Así, no se trata de que un académico levante las banderas del campesino, sino de que los dos encuentren los puntos comunes de su relación frente al trabajo. Una segunda dimensión es buscar el vínculo interactivo entre movimiento social y mundo intelectual, en el que los investigadores puedan cooperar aportando para ello los instrumentos propios del oficio; y que los militantes puedan tanto utilizar sus reflexiones, como contribuir y discutir lo sugerido. Así, ambos pueden aportar de mejor manera a la lucha “contra la imposición de las problemáticas” de la política establecida. Se trata, en todo caso, de mantener la autonomía inventando “nuevas formas de comunicación entre los científicos y los militantes” (Suarez, 2009, p. 446)

Si a la investigación le agregamos que “un enfoque de derechos humanos va más allá de implementar una política o un programa para prevenir o tratar ciertas condiciones de salud, y requiere identificar también, de manera explícita, los espacios y las oportunidades para expandir la capacidad de todas las personas, cualquiera sea su identidad de género u orientación sexual, de tomar decisiones respecto de su vida y de su cuerpo”. (Yamin, 2018 pp. 132-133) estaríamos fomentado la producción de ciudadanos como parte de los procesos decisorios en las políticas públicas de salud, es decir, construyendo ejercicio pleno de Derechos Humanos en los derechohabientes durante procesos de Salud Enfermedad, como también lo indica Parra:

De este modo, legitimando una forma de “ayuda” ante situaciones de “necesidad”, antes que un “deber” ante un “derecho” de los ciudadanos. La población objeto del Trabajo Social se define en cuanto poseedora de una “carencia”, una “falta” a ser complementada, lo cual les imprime legitimidad a sus demandas, y por lo tanto no definidos en cuanto sujetos sociales e históricos. (Parra, 2001, p. 18)

Como lo indica Yamin (2018) se trata de agregar los elementos sociales a las cuestiones biológicas de la salud, que no impiden conjugar los aspectos clínico y científicos a los marcos de derechos humanos para la salud como parte de una

integralidad que proporcione mayores garantías a la población usuaria en el ejercicio y respeto de sus derechos.

El enfoque basado en derechos humanos pueden definirse de la siguiente manera:

es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. (ONU, 2006, p. 15)

Su objetivo es el desarrollo humano, basado en lineamientos internacionales de los derechos humanos (Convención Internacional de los Derechos Humanos, Pacto Internacionales de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos), se busca erradicar la desigualdad y el uso del poder de forma justa y equitativa con la intención de no profundizar más estas inequidades, sino lograr que haya una redistribución en los aspectos sociales de la población.

El enfoque basado en derechos humanos no solo es un trato digno, cordial y respetuoso en la atención de los usuarios, es considerar su condición sociocultural para favorecer su derecho a la salud en la institución, es contemplar su contexto y sus recursos en el ejercicio de sus derechos “significa empoderar a la gente para hacerla capaz de tomar sus propias decisiones, y no ser meros sujetos pasivos de las opciones tomadas por otros. Se centra en el empoderamiento de la gente para reclamar sus derechos y oportunidades” (Hernández, 2018, p.135), es tener un compromiso para darles los elementos sobre probables incongruencias en el proceso salud-enfermedad de sus pacientes.

Capítulo 3. Trabajo Social en el contexto institucional por la reconversión hospitalaria por COVID-19 y la política de gratuidad del INSABI: diagnóstico del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción.

Las instituciones de salud son consideradas un espacio fundamental para el desempeño profesional de las funciones de las y los trabajadores sociales, por lo que analizarlas funciones realizadas como parte de la estructura orgánica del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, resulta imprescindible para reflexionar sobre la aplicación de las políticas públicas y el derecho humano a la salud.

En el presente capítulo se exponen tres aspectos centrales: 1) la situación del trabajo social en el HIMFG respecto las funciones ideales y las funciones reales desde la mirada de la institución total como apoyo dentro de ese espacio social, que si bien parecería contradictorio, es una alternativa diferente para analizar las cuatro funciones establecidas por el Departamento de Trabajo Social con las funciones realizadas en la práctica laboral, 2) Las funciones del trabajador social del HIMFG en el contexto de la gratuidad en los servicios por parte del INSABI, lo que implicó el fin del estudio socioeconómico como instrumento auxiliar para la asignación de cuotas de recuperación y 3) Las funciones del trabajador social del HIMFG por la reconversión hospitalaria ante la pandemia por COVID-19, iniciada el 29 de marzo de 2020, finalizando el 28 de mayo de 2021 situación que obligó a modificar la atención de usuario ante un problema de salud emergente como fue el Sars-CoV-2.

Todos estos puntos relacionados con las políticas públicas, el enfoque de derechos, y el derecho humano a la salud como parte de la atención proporcionada en tiempos de la emergencia sanitaria en las instituciones de salud.

3.1 Las funciones ideales y las funciones reales del trabajador social, una mirada a través de las similitudes con la perspectiva de la institución total.

El Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) como se mencionó en el capítulo anterior es un Instituto Nacional de Salud con 77 años de historia, considerado la cuna de la pediatría en México, inaugurado el “30 de abril de 1943, luego de 10 años de lucha en el campo político, social y económico” (Baeza-Bacab, Sienrra-Monge & Reyes-Vázquez, 2019, p.146) para trabajo social tiene un significado especial debido a que:

fue la primera institución en contar con un servicio de Trabajo Social. El surgimiento de este departamento inició poco después de la fundación del HIMFG, con la señora Mary B. de Urquidi. Después, la trabajadora social María Elena Rincón asumió el cargo como la primera jefa del Departamento de Trabajo Social. Por iniciativa del doctor Federico Gómez fue enviada a Estados Unidos a estudiar una maestría en Trabajo Social y durante 20 años estuvo a cargo de la jefatura de este servicio (Velázquez, 2018, p. 45)

Estas luchas políticas, económicas y sociales, fueron determinantes para la creación del nosocomio y trabajo social acompañó este proceso histórico por las desigualdades generadas por un sistema político postrevolucionario, con el partido único en el poder creado como una institución para lograr la justicia social y el acceso a los derechos. Los objetivos del hospital fueron los siguientes:

- a) Dar atención médica, en todos sus aspectos, a los niños enfermos, fundamentalmente a los niños indigentes y débiles económicos.
- b) Propagar, por todos los medios a su alcance, la enseñanza de la Pediatría a médicos y estudiantes de Medicina y la enseñanza de la Enfermería Pediátrica a enfermeras graduadas.
- c) Fomentar la producción científica y la investigación de médico-sociales de la niñez mexicana (Baeza-Bacab, Sienrra-Monge & Reyes Vázquez, 2019, p. 152)

Desde su fundación la atención médica, la enseñanza y la investigación médico-social fueron los objetivos prioritarios, sin embargo, debían ser complementados por los aspectos sociales para favorecer procesos de atención de la población infantil vulnerable y sus familias. La producción de conocimiento médico es innegable al ser una institución dedicada a la atención de la salud pediátrica, pero también el contexto histórico que la originó y el contexto mundial por esa reorganización en tres bloques, influían con la población carente de salud, empleo y educación.

Es decir, la investigación sería un aporte sustancial para la atención de las familias precarizadas por el sistema económico y político excluyente, con predominio militar en el gobierno y su poder legitimado a través del partido oficial. Problemas similares a los de tiempos actuales: pobreza, desigualdad, exclusión, violencia, falta de oportunidades educativas, migración rural a zonas urbanas para mejorar condiciones de vida. Todos ellos influyen en la atención del usuario en un internamiento al modificar la dinámica familiar, porque determinan el tipo de tratamiento desde una perspectiva no solo médico/curativa; sino sociocultural, considerando los aspectos comunitarios y las relaciones con los diferentes actores de su entorno.

El HIMFG es considerado uno de los Institutos Nacionales de Salud, parte de la estructura gubernamental creada para diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas en materia de Salud. La Ley de los Institutos Nacionales de Salud en su Artículo 2, párrafo III define a dichos institutos como:

Los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el Sector Salud, que tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional;

Desde esta perspectiva son instituciones adscritas al gobierno federal, formalmente tienen autonomía en la toma de decisiones respecto a su funcionamiento y políticas; uno de sus objetivos es desarrollar investigación científica, situación que resulta estratégica para los trabajadores sociales en su ejercicio profesional, para la

generación de conocimiento respecto a las problemáticas de las políticas públicas correspondientes.

Como parte de los Institutos Nacionales de Salud, el HIMFG tiene la siguiente misión: “Somos un Instituto que atiende con calidad a pacientes con enfermedades graves, que realiza investigación tanto básica como clínica y enfocada a las prioridades de salud del país y brinda enseñanza en todos sus ámbitos”. (HIMFG, 2019a) De primera instancia se nota la ausencia del enfoque de derechos, limitándolo solo a la calidad; hay un matiz discriminatorio al atender solo pacientes graves, y la investigación clínica continúa siendo un objetivo prioritario, aunque no se menciona la investigación social.

La visión que tiene es la siguiente: “Ser líder nacional en la atención pediátrica especializada, con un excelente trato al paciente, investigación traslacional y educación aplicada en todas las áreas del Instituto” (HIMFG, 2019a) al igual que la misión el enfoque de derechos se encuentra ausente; solo contempla el trato de excelencia, por lo que su inclusión lo volvería referente nacional y en América Latina, la investigación es el objetivo principal para todas las áreas de la institución, por lo que se intuye que la investigación social podría desarrollarse dentro del Departamento de Trabajo Social de acuerdo con en la visión.

Los objetivos conservan la esencia desde la fundación del Hospital en 1943: la atención de los niños desprotegidos, la enseñanza de la pediatría e investigación científica de los problemas médico-sociales, sin embargo, este último punto provoca diferencias entre lo que sería considerado un problema médico-social y cual pudiera ser la diferencia con un problema social. El problema médico social conlleva la ideología biologicista de la enfermedad y como se asocia a las problemáticas de los individuos respecto a su salud física en los contextos donde se desenvuelven donde se evidencian los problemas sociales.

En lo concerniente al Departamento de Trabajo Social del HIMFG como parte de la Estructura Orgánica de la Institución se encuentra adscrito a la Subdirección de Atención Integral al Paciente donde “se incluyen todos los aspectos necesarios para otorgar una atención holística al paciente y su núcleo familiar”. (HIMFG, 2019b), tiene a su cargo dos departamentos más: enfermería y relaciones públicas. Bajo los lineamientos de esta Subdirección “en el Depto. de Trabajo Social, la comprensión de los contextos y realidades sociales permite integrar, los elementos que se correlacionan en la realidad social del paciente. Así, se tienen los elementos para aumentar las posibilidades de un tratamiento exitoso” (HIMFG, 2019b).

Desde el enfoque antes mencionado, trabajo social busca comprender los contextos y las realidades sociales para lograr un tratamiento exitoso, esto denota una ideología biologicista, donde la rehabilitación física es preponderante más que la interrelación de los entornos donde la familia interactúa y su relación estrecha con el proceso salud-enfermedad. El Departamento de Trabajo Social, ofrece los siguientes servicios

investiga e interviene en los problemas sociales que repercuten en la salud del paciente pediátrico a fin de favorecer su tratamiento médico implementando estrategias sociales que incidan dentro del proceso salud/enfermedad. Trabajamos en la comprensión de los contextos y realidades sociales del paciente, dinamizando, promoviendo y orientando la participación de la familia, para apoyar el tratamiento médico del paciente (HIMFG/Departamento de Trabajo Social, 2019)

Se investiga e interviene en esas problemáticas (salud, empleo, educación, seguridad y violencia.) que afecta al usuario que acude a la institución para favorecer el tratamiento durante su proceso salud-enfermedad. “La investigación en Trabajo Social tiene que asumirse como una práctica sistemática donde se fragüen procesos científicos de producción de conocimiento que permitan explicar, comprender e interpretar la realidad social” (Vélez, 2001, p. 139) sin embargo, por el papel que desempeñan en la estructura organizativa de la institución, esa función recae básicamente en los médicos por su trayectoria en ese ámbito.

La realidad va más allá de esa situación, desde las políticas públicas en salud, se piensa en un profesional con los conocimientos y habilidades necesarios para implementarlas en el proceso salud enfermedad, en la comprensión de los contextos y las realidades sociales de los pacientes y sus familias. Lo expuesto anteriormente podría lograrse con las investigaciones, como proceso metodológico de rigor científico, sin embargo, aún persiste la idea de la investigación como sinónimo de una técnica para obtener información, como se muestra a continuación:

realizamos muchas funciones y una de ellas es la investigación, no, que nosotros, el objetivo de cuando hacemos nuestra entrevista de primera vez no solamente es de ver al paciente como tal, sino es verlo inmerso en su familia y en una comunidad, sobre todas las problemáticas que inciden en ese momento. Y hacer un plan, no, un plan y un este de acción en cómo vas a incidir, no, habrá algunas situaciones que, desde tu punto, desde tu trinchera tu puedas ayudar a la familia que, que pueda mejorar, ¿no? Pero hay otras que tiene que ver mucho con lo político, lo social, ¿con estrategias no? Y que pues a la mejor uno no puede hacer gran cosa desde aquí. Pero el hecho de que la gente tenga procesos de reflexión, de concientización, de que tú le empoderes, ¿de qué puede este exigir sus derechos? Sí. Pues yo digo que eso ya nos pone del otro lado, no en el sentido de que la gente ya se vuelve más consciente de su situación. (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

De acuerdo con la experiencia en la institución y su trabajo operativo percibe la entrevista como una investigación, si bien es cierto, la técnica de la entrevista nos permite obtener información para analizarla y posteriormente hacer propuestas, es una parte del proceso establecido universalmente. Esto nos indica un desconocimiento de cada una de las fases y de un pragmatismo producto de la cotidianidad en el marco operativo.

Investigar e intervenir son funciones del profesional de trabajo social que se realizan en el HIMFG debido a que “el hospital constituía la unidad de análisis que reproducía, en escala, los procesos y conflictos propios de la sociedad exterior, pero

con la ventaja de circunscribirlos a una esfera delimitada, incluso físicamente". (Mercer, 1984, p.335), es decir, la institución es un espacio que sirve para observar y analizar en un ámbito microsocioal los problemas que se reproducían de forma macrosocioal en la sociedad, de ahí la importancia de contar el recurso humano capacitado para analizar esos problemas que afectan no solo a los usuarios sino a la población en general.

Retomando la investigación como unidad de análisis micro de las problemáticas sociales al interior de la institución, el Departamento de Trabajo Social del HIMFG, estableció las siguientes funciones: planeación, programación, educación e investigación. Estas permitirán de cierta forma alcanzar los objetivos que se plantean la misión del Departamento:

Promover el derecho a la salud de niños y adolescentes que requieran atención de tercer nivel mediante procesos de intervención integral, centrando el interés en el ámbito social con el propósito de identificar factores bio-psico-sociales, económicos y culturales, a fin de diseñar e implementar estrategias que permitan intervenir en atención de problemas de origen familiar y necesidades derivadas del proceso de salud enfermedad que limitan el tratamiento socio-médico de los pacientes desde un enfoque profesional, humanista, comprometido y respetuoso de la dignidad humana (HIMFG, 2019c)

La investigación es una alternativa viable para diseñar e implementar estrategias que propongan intervenciones acordes a los contextos de una realidad actual y cambiante para atender estas problemáticas y no solo visibilizar la parte médica sino lo social. Para Correa, Corena, Chavarriaga, García, y Usme, (2018) la función de investigación es:

Que el trabajador social desarrolle la investigación inherente a su propio trabajo profesional para revisarlo permanentemente y buscar nuevas formas de enfocar y afrontar los problemas vitales a los que debe dar respuesta. También debe realizar procesos sistematizados para el estudio de la realidad con un método y unos procedimientos de cientificidad para así aportar a la contextualización de las problemáticas. Por otra parte, el trabajador social aumenta su conocimiento de la realidad social mediante la investigación para poder modificar las prácticas sociales que crean desigualdad e injusticia social y, por lo tanto, condicionan el desarrollo autónomo de los sujetos.

Aquí los autores la consideran como parte de desempeño laboral como una forma de buscar respuestas a los problemas que presenta el usuario, para ello utiliza el método científico para validarlo, así mismo enriquece su conocimiento para realizar cambios en las prácticas de los usuarios. La función de investigación para Ballester, Viscarret y Úriz, (2013) es:

Un proceso metodológico que lleva a descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de las mismas, empleando para ello técnicas profesionales y científicas con el fin de contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada. (Ballester, Viscarret y Úriz, 2013, p.129)

De igual forma se utiliza el método científico para entender y explicar esa realidad de la población atendida, y por consiguiente brindar alternativas con los recursos disponibles de los usuarios considerando los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales. Además, permite una intervención fundamentada en los conocimientos obtenidos por las investigaciones, es de resaltar que esta función no forma parte del manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social del HIMFG, ya que su elaboración de acuerdo con el siguiente testimonio se basa en cuestiones empiristas y de pragmatismo:

por ejemplo, mi manual de procedimientos tiene una, una, cuestión teórica para que el trabajador social, trabaje, creo que no, a lo mejor desde el manual podríamos empezar a establecer los lineamientos desde una teoría o desde una metodología de trabajo social, pero bueno, al final de cuentas en el manual de procedimientos, por ejemplo, se está, se hace y se hizo por lo que hacemos ¿y cómo lo haces tú?: ha pues yo lo hago así ¿no?; o sea, ¿cómo recibes a un paciente? ha bueno, le doy mi nombre, le digo esto, y le digo aquello, pero eso no es una metodología, y el manual me lo marca así, por ejemplo, es un ejemplo, es un ejemplo. (Entrevistada folio 10: 49 años, adscrita al servicio de Supervisión de Trabajo Social, entrevista realizada el día 4 de diciembre de 2020)

La elaboración de documentos oficiales de un Hospital pionero del trabajo social en salud no debiera hacerse de esa forma, tendría que ser un documento basado en las funciones existentes y realizadas en el ámbito sanitario, previa revisión literaria, con sustento teórico que la apoyen y legales que determinen nuestra actuación, esto se aleja de lo planteado en la visión del Departamento de Trabajo Social:

Formar recursos humanos altamente capacitados que intervengan en beneficios del tratamiento socio-médico de los pacientes para que fortalezcan las potencialidades de autogestión a nivel socio-familiar que le permita elevar su calidad de vida. Abrir líneas de investigación y docencia que conviertan al departamento en un referente nacional e internacional de la atención de trabajo social en el ámbito de la pediatría. (HIMFG/Departamento de Trabajo Social, 2019)

Si bien es cierto que actualmente el Departamento de Trabajo Social maneja la investigación como una función constituida en su misión y su visión para intervenir, proponer y ser referente de trabajo social en el ámbito de la salud, en la práctica operativa del profesional, esta no se realiza, por la complejidad que representan las investigaciones de corte positivista con el análisis de datos estadísticos y elaboración de instrumentos, mientras los trabajos con enfoque cualitativo aún no se consideran parte de una visión institucional para la construcción de conocimiento.

Siguiendo la línea de investigación, se presenta el objetivo del Programa Institucional 2020-2024 del Hospital Infantil de México Federico Gómez respecto a este tema:

En los últimos años, la Institución ha centrado su hacer principalmente en la investigación de enfermedades infecciosas, malformaciones congénitas, neoplasias, enfermedades del metabolismo, nutricionales y de diferentes especialidades pediátricas; estos estudios han sido llevados a cabo, generalmente, de manera multidisciplinaria, para fortalecer su función fundamental es conveniente mejorar en términos absolutos y relativos el número de: investigadores

institucionales de alto nivel; artículos científicos de impacto alto; y productos por investigador institucional; presupuesto complementario; presupuesto federal y ocupación de plazas. (DOF, 2020a)

Su objetivo enfatiza la investigación del área médica, si bien ha contado con el apoyo de otras disciplinas para su elaboración, ha sido básicamente eso, un apoyo en aplicación de instrumentos, sin participar en el diseño o revisión bibliográfica de las fuentes con intenciones de aportar la perspectiva de cada profesión, esto se ejemplifica con el siguiente fragmento: “y de repente los investigadores a nosotros nos piden sabes que te necesito que me clasifique las variables, si es una variable ordinal, si es una variable nominal, si es cuantitativa, si es una variable de razón, si es una variable, no sé” (Entrevistada folio 07, 34 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Nefrología, entrevista realizada el día 23 de octubre de 2020)

El programa institucional del HIMFG, cuenta con tres objetivos prioritarios, a continuación, mencionaremos el relacionado con investigación:

- Desarrollar la investigación científica para generar conocimiento sobre temas prioritarios en salud.
- La relevancia de este objetivo consiste en fortalecer los mecanismos de creación, registro, conclusión y difusión de la producción científica que generan los investigadores del HIMFG.
- Las estrategias propuestas para este objetivo suponen dos vertientes para el incremento de la productividad científica: Fortalecimiento del porcentaje de investigadores institucionales de alto nivel e incremento en el número de aplicaciones en revistas de alto impacto y productos institucionales. (DOF: 2020a)

Para impulsar producción científica como parte de la visión de trabajo social con recursos humanos altamente capacitados y siguiendo la línea de los objetivos prioritarios en el programa institucional del HIMFG, se realizó el acuerdo con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 2019 para estudiar la Maestría en Trabajo Social. La meta era la producción científica y formación del profesional con recursos especializados para la atención de la población usuaria, por medio de las investigaciones. Hubo interés por parte de los profesionales para cursarla, pero el obstáculo de aprobar la comprensión de lectura del idioma inglés no permitió el avance en ese proceso. El acuerdo no fue revalidado para el periodo 2020-1 debido a la inadecuada difusión y la organización interna del departamento para suplir los servicios. Para el inicio del ciclo escolar 2021-1, se restableció nuevamente el acuerdo con el HIMFG.

La oportunidad para iniciar con el proceso enseñanza/aprendizaje de la investigación y verlo como algo tangible en la práctica laboral del trabajo institucional; se perdió en el periodo de tiempo que no se renovó el acuerdo, y así también la opción para fundamentar con sustentos teóricas, conceptuales y metodológicos para entender la “constitución de “lo social” (ese informe tejido en el que se amalgaman hoy lo político, lo económico, lo cultural, con problemáticas, desigualdades y reivindicaciones de colectivos múltiples). Los trabajadores y las trabajadoras sociales estamos hoy

inmersos en las complejas e inequitativas dinámicas del mundo contemporáneo” (Cifuentes, 2013, p. 176)

De tal suerte que la formación de los profesionales de trabajo social para elaborar de protocolos de investigación con el rigor metodológico para ser aceptados en la institución se vio obstaculizado al no continuar con el acuerdo establecido con la UNAM para tratar de corregir las deficiencias teóricas que permitan entender, comprender e intervenir en la realidad (para este 2021, volvieron a restablecer el acuerdo). Hasta el momento nos hemos enfocado en la función de investigación del Departamento de Trabajo Social del HIMFG, sin profundizar en las otras tres funciones que se establecieron: planeación, programación, educación, cada una con sus actividades específicas, no obstante, la cotidianidad del trabajo rutinario en ocasiones nos hace confundirlas, sin poder diferenciarlas conceptualmente.

En lo concerniente a la educación, esta función se asocia con los servicios que han formado grupos de familiares y trabajado con ellos, ahí se proporciona información u orientación con respecto a las problemáticas que presentan los usuarios; o al enfatizar sobre el lavado de manos (previo a la emergencia sanitaria), hablar sobre sus derechos y requisitos institucionales como parte del proceso administrativo de ingreso hospitalario.

Si bien la mayoría de las actividades mencionadas corresponden a la función de educación, no se tiene definida por parte del Departamento de Trabajo Social a que se refiere. Para Terán, la función de educación conlleva las siguientes actividades:

- Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad,
- Impulsar la educación para la salud física y mental,
- Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y medicina preventiva,
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud, promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, hogar, etc.,
- Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares,
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares, diseñar material de apoyo didáctico. (Terán, 1986)

En el caso de las actividades antes mencionadas, algunas muestran un desconocimiento por parte del profesional de trabajo social como serían: los programas de educación para la salud y medicina preventiva, la promoción de campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo u hogar. Se aprecia la connotación asistencial de la profesión y de apoyo. Considerando lo expuesto en párrafos anteriores, la función de educación se realiza de forma parcial, ya que no se tiene suficiente conocimiento sobre aspectos básicos que permitan hacer un mejor abordaje.

Sería pertinente enfocar la función de educación a una realidad institucional concreta y correspondiente con el usuario, hablar de una maternidad o paternidad responsable

sin atender a los contextos que propiciaron un embarazo no planeado ni deseado, es postrarnos en un saber institucional que estigmatiza, en lugar de construir una visión responsable y comprensible de este hecho.

Algunos consideran la función de educación como promoción social, que se describe a continuación:

Se realiza mediante actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo. También mediante el diseño y la implementación de las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados a la cobertura de las necesidades sociales. (Ballester, Viscarret & Úriz, 2013, p. 128)

Se espera haya una trascendencia con el usuario al recibir la información que se le proporciona, posterior a su paso por la institución se lleve consigo elementos que sirvan para afrontar los entornos donde interactúa, incluida la enfermedad del paciente, es ahí cuando las políticas sociales operan en la cotidianidad sobre la oferta de programas que mejore su condición de vida.

Respecto a la planeación, o planificación como sería su nombre correcto, es definida como:

Acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos en un programa determinado, mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma. Esta función se puede desarrollar en dos niveles: Nivel micro social, comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales. Nivel macrosocial, comprende el diseño de programas y servicios sociales (Álava, Rodríguez, Álava & Párraga, 2017, p. 3)

En la parte operativa y de acuerdo con los autores resulta difícil observar el diseño de intervenciones como de proyectos sociales. Bajo la premisa de planeación se pudieran considerar la elaboración de las guías técnicas por servicio para delimitar el actuar con el usuario en su internamiento y consultas subsecuentes, ahí la intervención no se concibe como un proceso metodológico que requiere de un conocimiento determinado, sino como una serie de actividades con miras a resolver situaciones emergentes para un momento específico de su tratamiento médico. La práctica laboral y la experiencia académica han dotado a los profesionales de conocimientos y habilidades para ejecutar esa función conceptual y metodológicamente con elementos sólidos para llevarla a cabo.

Otro punto interesante que se va a analizar será el promover el derecho humano a la salud como parte de la misión y su operatividad con las cuatro funciones para lograrlo. Previo a la instauración por parte del gobierno federal de la gratuidad en los servicios de salud, era requisito indispensable para los usuarios traer la documentación requerida para “abrir su expediente” proceso con una duración extenuante, cansado física y emocionalmente para los familiares porque implica salir de sus lugares de origen desde muy temprano, abordar dos o más medios de transporte para llegar a la institución y ejercer (recibir) un derecho, se convertían en

pacientes de estado, es decir, “el estado, a través de sus voceros autorizados (trabajadores sociales, médicos, enfermeras y administrativos), les dice a los pobres que, si quieren una solución exitosa para su reclamo, tienen que esperar. ¿Por cuánto tiempo? Nunca se les dice”. (Auyero, 2013, p. 20)

Intencionalmente o no los procesos administrativos de atención se convierten en una forma de educación política, para el usuario y el servidor público, el primero al considerar su estancia como una pérdida de tiempo que sin embargo tendrán una ganancia cuando finalice el servicio solicitado (derecho) con un diagnóstico, consulta y plan de tratamiento; el segundo con el poder de otorgar esa atención siguiendo el cumplimiento de las normas institucionales referente a documentación requerida.

En el caso de omitir los oficios de no vigencia (formatos que acreditan al usuario no contar con algún tipo de seguridad social), su apertura de expediente se reprogramaba, sin considerar las cuestiones económicas (dinero invertido en los traslados a la institución y su lugar de origen); familiares (redes de apoyo social disponibles, modificaciones en la dinámica al acudir al hospital); culturales (usuarios no hablantes de idioma español, desconocimientos del manejo de tecnologías de la información y comunicación para realizar trámites) y sociales (contexto de procedencia, infraestructura, vivienda y recursos disponibles)

Prevalece la política institucional más que un criterio racional, justificado y con enfoque de derechos en la atención a los usuarios, no hay sustento en el manual de procedimientos que indica la reprogramación o cancelación de la apertura de expediente por parte de trabajo social, por lo que se observa un sometimiento profesional hacia la parte médica, por tener el conocimiento objetivo y verificado de las situaciones que suceden dentro de ese espacio:

la definición del hospital como institución laica, en la que la presencia médica constante reemplaza la anterior hegemonía de religiosos (...) La transformación no fue sólo nominal: con ella, la medicina asumía la responsabilidad sobre la curación de la población usuaria de los servicios. (Mercer, 1984, p. 345)

Pareciera que “las instituciones no se enfocan directamente al reconocimiento de los individuos” (Dubet, 2010, p. 11) La atención curativa de la enfermedad corresponde al médico, sin considerar los factores sociales que afectan a la familia; ese conocimiento médico que “se volvió una mezcla de visibilidades (escuchar, observar, tocar y hacer) y discurso (conocimiento enciclopédico), que también incluía un conocimiento de las relaciones entre hombre, naturaleza y sociedad” (Vega, 2010, p.143) aunque también fue el hospital “un instrumento analítico propicio al entendimiento de las relaciones de poder, modelos de comunicación y socialización, procesos de especialización y profesionalización” (Mercer, 1984, p. 335) un espacio complejo que no solo se limite a la parte curativa y de atención sino que establece patrones de relaciones, formas de comunicación, ejes de una socialización basados en esquemas de una milicia hospitalaria donde la jerarquías permean y las decisiones se acatan sin cuestionamiento alguno, incluidos los otros profesionales.

El campo de la salud es reducido a un campo médico como parte del “hospital que fue reconocido y empezó a desempeñar un papel nuevo como el lugar de producción de conocimiento médico” (Vega, 2010, p. 142) de tal forma la institución hospitalaria sería un centro de enseñanza y producción de conocimientos para formar recursos humanos especializados, pero también se desarrollarían investigaciones. Sería pertinente definir lo que sería en campo médico para entenderlo mejor:

El campo médico abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. (Castro, 2014, p. 173)

El objetivo de la rama médica es mantener el dominio sobre las cuestiones sanitarias (políticas, ideologías, formas de trabajo), mediante el poder que ejercen hacia los otros actores de la salud (población, profesionales, instituciones), delinear la implementación de los programas y políticas en concordancia con la política de mercado, la ciencia y la academia, como un trabajo conjunto entre las diversas instituciones involucradas en la solución de las problemáticas que presenta el país

la práctica médica y las condiciones de salud de la población eran producto de factores económicos, políticos y sociales, los que a partir de la aplicación de un modelo explicativo parcializante quedaban marginados en los trabajos funcionalistas. Estas críticas demandaban un abordaje sociológico que, en lugar de concentrarse en las relaciones entre actores sociales en el interior del espacio hospitalario, indagará sobre los condicionantes estructurales de la enfermedad y la utilización de servicios de salud. (Mercer, 1984, p. 336)

Pareciera que el Derecho Humano a la salud no se visualiza como parte del objetivo antes mencionado “el modelo biomédico abstrae en lo fundamental la salud del contexto social y cultural, y la define como una variante del “funcionamiento normal de una especie”. (Yamin, 2018, p. 114), es decir, se concentra en la función biológica del individuo, si está sano, puede desarrollar sus actividades, si enferma, hay que insertarlo nuevamente a esa funcionalidad, sin considerar los problemas económicos políticos y sociales, que afectan su entorno y deterioran sus capacidades.

Si bien es cierto que “la medicina es una de ramas del saber que más influencia ha ejercido sobre el trabajo social”, (Abreu, 2009, p. 74), el profesional de trabajo social tiene el conocimiento sobre las problemáticas mencionadas en el párrafo anterior por la interacción cotidiana con el usuario, la experiencia obtenida en los centros laborales, la formación académica que lo lleva a adquirir un saber especializado para intervenir en esa realidad que no están fuera del marco de las políticas públicas, es imprescindible entender que “un marco de derechos humanos para la salud no es una posición anticlínica o anticientífica. La medicina tiene dimensiones biológicas y sociales”. (Yamin, 2018, p. 115), esas problemáticas sociales tienen su origen para Carballada en:

una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación. Las “problemáticas sociales complejas” irrumpen en un mundo en el cual el mercado aparece como gran disciplinador y en el que el orden simbólico y real de la vida cotidiana se presenta como efímero y sin sentido, en un contexto donde emergen una serie de derechos subjetivos difíciles de realizar (Carballeda, 2008, p.262)

Se presentan por esa diferencia entre las necesidades y los derechos de la población de ser atendidas por los diversos contextos donde prevalece la incertidumbre, la violencia, la falta de oportunidad, así como de acceso a los servicios básicos como salud, educación y vivienda, donde se apuesta por el factor económico impuesto por los mercados y donde las subjetividades se vuelven invisibles ante los gobiernos; estas problemáticas se caracterizan por:

su movilidad y permanente metamorfosis. Así, de una internación en un hospital pueden surgir interrogantes, inconvenientes y urgencias que trascienden la esfera institucional del campo de la salud. Lo mismo ocurre con la escuela, donde el espectro de la intervención va desde la educación, pasando por la violencia urbana y doméstica, hasta las adicciones o la alimentación. Estas cuestiones muestran la necesidad de pensar la intervención en escenarios complejos, atravesados por múltiples lógicas y con la preeminencia de una u otra desde planos muchas veces azarosos (Carballeda, 2008, p. 263)

No son situaciones estáticas sino cambiantes a los diferentes entornos y se entrelazan por esa complementariedad social que hay en nuestros días: un internamiento hospitalario trae consigo una serie de problemáticas relacionadas con el hogar, la economía y las relaciones de la comunidad porque implica apoyo, gasto, tiempo, impulsores de otras circunstancias que son parte del mismo internamiento, por lo que la coordinación solidaria entre los actores y las instituciones son importantes como forma de organización parte de la sociedad:

Las instituciones modernas son en definitiva una forma de expresión de la sociedad, pero siempre formando parte de una maquinaria donde se articulan mecánicamente con otras instituciones, coordinadas, reguladas sistematizadas y organizadas por el Estado (Carballeda, 2008, pp. 264-265).

Las instituciones requieren de apoyarse conjuntamente, ya que las problemáticas se entremezclan y sus alternativas tienen que resolverse de forma articulada para lograr el bienestar deseado. Goffman los denomina “establecimientos sociales -o instituciones en el sentido corriente de la palabra- a sitios tales como habitaciones, conjuntos de habitaciones, edificios o plantas industriales, donde se desarrolla regularmente determinada actividad” (Goffman, 1961, p. 17) por lo que las instituciones de salud, educación, seguridad, empleo, vivienda serían parte de estas, sin embargo, aporta un elemento esencial que abordaremos en este momento.

Los elementos mencionados en el párrafo anterior (instituciones de salud, educación, seguridad, empleo, vivienda) pueden ser definidas como una institución total, “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación,

aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961, p.13) y nos explica ese carácter totalizador de la siguiente manera:

Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes. Cuando repasamos las que contienen nuestra sociedad occidental, encontraremos algunas que presentan esta característica en un grado mucho mayor que las que se hallan próximas a ellas en la serie, de tal modo que se hace evidente la discontinuidad. La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púas, acantilados, ríos, bosques o pantanos. Me interesa explorar aquí las características generales de estos establecimientos a los que llamaré instituciones totales (Goffman, 1961, pp. 17-18).

Al interior del HIMFG es posible apreciar algunos elementos que se pueden identificar de la institución total como son absorción del tiempo e interés por parte de sus integrantes debido a la interacción entre ellos y que será trasladado a los otros espacios de interacción de su vida cotidiana (familia, amigos, comunidad, pareja) logrando un lazo inconsciente con ella por medio de las formas físicas que no permiten demasiado contacto con el exterior. El manejo burocrático-organizacional que se establece en ese tipo de instituciones es similar al del hospital por los procesos de ingreso y egreso aunado a que son espacios laborales con diseño arquitectónico especial para absorber la energía del personal y generar un ambiente semiconfinado.

El ámbito laboral nos marca horarios institucionales de ocho horas para los trabajadores sociales desempeñando sus funciones, tiempo donde realizan entrevistas para conocer la situación social y entender su entorno en ese contexto donde habitan, su ideología, tratando de ser críticos en su trabajo, pero están restringidos por ciertas normas no explícitas, pero si aprendidas o adoptadas:

Los trabajadores sociales por más que sean críticos siguen siendo dirigidos por una representación de la integración, basada en la espera de roles poco refutables: se sabe que son "buenos padres", "buenos trabajadores", "buenos adolescentes" capaces de entrar a la sociedad tal como es. No hay trabajo sobre el otro que no sea también una actividad de control normativo (Dubet, 2010, p.12)

El desempeño laboral de los profesionales de trabajo social en las instituciones regularmente tiene un rol asignado ya sea por los usuarios atendidos o por algún otro profesional, con tareas específicas como son: proporcionar información respecto a alguna situación específica, gestionar apoyos con fundaciones para medicamentos, insumos o estudios especializados. Estas acciones no permiten ser críticos en su trabajo, objetivar su desempeño y realizar sus funciones de acuerdo con procedimientos teórico-metodológicos, sino basados en ideales predeterminados por el nosocomio y la expectativa de los usuarios.

Desde la perspectiva de Goffman esto tiene una razón de ser por las características de la institución total como se explica a continuación:

puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución. (Goffman, 1961, pp. 18-19)

Hay elementos que, si bien no se cumplen en su totalidad dentro del HIMFG, si tienen similitudes con lo expuesto por Goffman respecto a estas cuatro características enfocadas a mantener el control tanto de los miembros que la conforma como de los usuarios, iniciando así la apropiación de la vida de sus integrantes en ese espacio donde se presentan esas interacciones, posteriormente reproducen esas mismas actividades con otros iguales creando un ambiente de monotonía absoluta para controlarlos; lo que nos lleva a secuencias programadas para continuar con los deseos de la institución en términos de metas establecidas.

Bajo este enfoque el derecho a la salud estaría condicionado por una decisión política, técnica e ideológica, al reducir la salud solo a la atención médica por parte de la institución, y las políticas públicas no se perciben bajo el esquema de integración entre el gobierno; los usuarios; la academia, profesionales insertos en la práctica laboral y la población en general, por lo que esas actividades realizadas al interior de esta tendrían un objetivo primordial: controlar a las personas que acuden a solicitar sus servicios, guardando una condición de sacralidad como se describe a continuación:

De ahí que las instituciones estén colocadas bajo el reino de una trascendencia, se apoyen en principios no negociables, no justificables, distantes de las prácticas sociales rutinarias, estén "fuera del mundo", fuera del siglo, y funcionen como ordenes regulares, como santuarios fundados en una legitimidad carismática y sagrada. Quienes trabajan en esas instituciones, los sacerdotes, los profesores, los médicos, los jueces son legítimos porque representan algo que les es superior y que no puede discutirse (Dubet, 2010, p.4)

Hay un grado de superioridad fincada en la hegemonía epistemológica conferida a la medicina como única disciplina científica, siendo otras disciplinas auxiliares: enfermería, trabajo social, psicología, lo anterior configura el sentido clínico-tecnocrático de la política de salud, más que el social, legitimada por la sociedad ya que su labor es indispensable dentro del orden gubernamental y cuestionarlo generaría dudas sobre un gobierno sin respuesta a las necesidades de la población. Orden y el control son elementos importantísimos ya que "las principales

instituciones de la modernidad cumplen primordialmente una función de control y vigilancia y, en el marco de relaciones específicas de poder, producen discursos (éticos, científicos, jurídicos) que dominan la vida social y la moldean” (Castro, 2014, p.172) son productoras de ciencia, leyes y elaboraciones éticas para regular la vida social de la sociedad.

La institución total no funcionaría sin dos actores indispensables, que serían los internos y el personal supervisor. Trasladándolo a la situación actual, los pacientes serían considerados como los internos y el personal supervisor como los profesionales de la salud, donde estarían los trabajadores sociales:

Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo, más allá de sus cuatro paredes; el personal cumple generalmente una jornada de ocho horas, esta socialmente integrado con el mundo exterior. Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos hostiles: el personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de confianza; los internos suelen considerar al personal petulante, despótico y mezquino. El personal tiende a sentirse superior y justo; los internos a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables (Goffman: 1961; pp. 20-21)

Hay una relación de poder inminente entre el personal (trabajadores sociales), y el interno (usuario), el primero por un estatus de posesión del conocimiento capaces de proveer herramientas al usuario para favorecer su proceso intrahospitalario; el segundo acepta esa sumisión para obtener beneficios institucionales, sin considerar la salud como un derecho humano ejercido a través de la institución. Esta relación comienza desde el ingreso de los pacientes con los procesos administrativos de admisión que Goffman nombra la pérdida del yo y su vida cotidiana, siendo el trabajador social la primera cara institucional:

entre los que se incluyen, por ejemplo, historia social del individuo, tomar fotografías o impresiones digitales, controlar el peso, asignar números, efectuar registros, hacer una nómina de los efectos personales para enviarlos a depósito desvestir al nuevo interno, bañarlo, desinfectarlo, cortar el pelo, entregarle la ropa de la institución, instruirlo en las normas y asignarle los cuartos. Los procedimientos de admisión podrían llamarse mejor de preparación o de programación, ya que al someterse a todos esos manoseos el recién llegado permite que lo moldeen y lo clasifiquen como un objeto que puede introducirse en la maquinaria administrativa del establecimiento, para transformarlo paulatinamente, mediante operaciones de rutina. (Goffman, 1961, pp. 28-29)

A su ingreso se asigna su registro hospitalario, una pulsera con código de barras para identificarlo, su rol cambia al hospitalizarse, las políticas del hospital restringen el contacto con el exterior (se limitó aún más esta situación con la pandemia por COVID-19) y solo permanece el cuidador primario. Cuando se busca al familiar para realizar la entrevista como parte del procedimiento de atención social del paciente, no hay función que corresponda con tal procedimiento, (atención directa, podría ser la adecuada), sí físicamente no se encuentra el familiar, se la informa a la persona contigua o quien esté presente en ese momento, acuda a trabajo social. Cuando llega la persona localizada, el trabajador o trabajadora social le pregunta el

parentesco con el paciente “de la cama tal” asignada por la institución, hay una despersonalización al llamarle así.

¿Porque sucede esto; si tienen los conocimientos para interpretar esa realidad de los usuarios considerando el Derecho Humano a la salud como parte del actuar profesional?, debe tener una conciencia crítica respecto al papel de las instituciones en la sociedad, porque abdicamos en los efectos del hospital en estos rituales. “Se vive una institucionalización de la indolencia, el maltrato, el despotismo y la impune violación de los derechos y deberes de los pacientes, así como también los de los médicos, los profesionales y los auxiliares de la salud, asistenciales y administrativos”. (Clavijo, 2017, p. 92)

Posterior a esa interacción con el profesional para obtener información, se presenta “el aislamiento que el hospital supone es una forma de control” (Mercer, 1984, p.336) ya que se deja fuera su vida cotidiana, sus actividades como parte de ese conglomerado social, se estriba en condicionantes impuestos por la institución como un dogma acatado para lograr cierta igualdad, sin embargo. “el problema viene de que la relación institucional es inevitablemente desigual. (...). Los enfermos, por ser enfermos e ignorar en buena medida lo que concierne a su enfermedad, no pueden ser los iguales de aquellos que los curan” (Dubet, 2010, p. 19) Esa desigualdad se atenúa en los países de visita donde la figura del médico es de mayor relevancia frente a los demás profesionales de la salud por la adquisición de ese estatus que han creado durante años:

en el paradigma biomédico, la salud y la patología se definen de manera aislada con respecto al entorno más amplio en el que viven las personas, a quienes se trata también como fenómenos evaluables objetivamente por expertos científicos (investigadores médicos o médicos practicantes). Asimismo, los juicios realizados por esos expertos (diagnósticos) suelen ser aceptados como verdad incuestionable por parte de sus pacientes individualmente o del público en general (Fee & Krieger, 1993)

La formación científica de los médicos los faculta para ser considerados como especialistas en el tratamiento de la enfermedad, aunque en ocasiones observen al usuario como parte de esa investigación que realiza sin considerar los factores sociales, culturales, económicos y políticos que determinan su proceso hospitalario, los despojan de su identidad como parte del proceso del hospital. “La intervención profesional desde una perspectiva de derechos permite enriquecer el quehacer profesional, superando límites y especificidades en función de lograr consensos y acuerdos con otros actores que actúen como soportes de los abordajes en el campo de la salud” (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 36) es decir resolver problemas sustantivos y estructurales.

3.2 Las funciones del trabajador social del HIMFG en el contexto de gratuidad en los servicios por parte del INSABI

Durante la actual administración del gobierno federal ha presentado una serie de modificaciones respecto a la política de atención a la salud de la población infantil, uno de ellos la creación del “Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y desaparece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular” (DOF, 2019) esta modificación tuvo un cambio significativo en las funciones del profesional de trabajo social del HIMFG respecto al estudio socioeconómico y su utilidad para la asignación del nivel de cuotas de recuperación.

Ahora servirá para resaltar aspectos socioeconómico-familiares-culturales, determinar el contexto social donde se manifiestan estas, las cuestiones que pueden favorecer u obstaculizar el tratamiento. No obstante, la utilidad del estudio para las autoridades institucionales continúa siendo la cuestión económica, es decir, la asignación de nivel de cuotas de recuperación para la población atendida.

Después de que se llevara a cabo el decreto sobre la gratuidad en los servicios publicado el 29 de noviembre de 2019, con el discurso del Derecho Humano a la Salud; la población usuaria confiada por la indicación del gobierno federal acudía a los hospitales con la seguridad de no pagar por la atención recibida, sin embargo, se encontraban con la realidad institucional, la cual operativamente no implementaba esa política en su totalidad y era necesario pagar cuotas de recuperación por los servicios de salud otorgados. ¿Cuál fue la razón de esto?; como se mencionó en el capítulo anterior, no había reglas de operación del INSABI, es decir, se mantenían los criterios establecidos por el Seguro Popular para otorgar los beneficios correspondientes: pacientes menores de cinco años; enfermedades con la cobertura de una primera cirugía cuando el problema de salud requería dos o más, y su costo serían pagado por los familiares; otros padecimientos serían cubiertos, si había una referencia de un hospital de 2º nivel de atención o centro de salud, con la condicionante del tiempo, es decir, permanecer al menos un par de horas en el servicio de urgencias.

Los pacientes oncológicos continuarían con sus beneficios, hasta el momento del desabasto por medicamentos de quimioterapias, situación que obligo a los familiares a movilizarse para obtenerlos y tener una mejor calidad de vida. Con la implementación del INSABI se observaban las deficiencias de política pública, carente de información sobre la población atendida, trasgresión a su derecho humano a la salud al no ser administrado el medicamento, no hubo una metodología de prevención de contingencias, ni formulaciones teóricas que ayudaran a replantearlas.

Con este ejemplo se puede apreciar que no estuvo presente en enfoque de derechos en la ejecución del INSABI en la parte operativa al interior de las instituciones ya que estuvo carente del planteamiento holístico:

Un programa orientado por el enfoque basado en los derechos humanos adopta una visión holística del entorno, teniendo en cuenta la familia, la comunidad, la sociedad civil y las autoridades locales y nacionales. Tiene presente el marco social, político y legal que determina la relación entre esas instituciones y las exigencias, los deberes y las responsabilidades resultantes. Un enfoque basado en los derechos humanos suprime los sesgos sectoriales y facilita una respuesta integrada a problemas de desarrollo que tienen múltiples dimensiones. (ONU, 2006, pp. 16-17)

Si bien el combate a la corrupción es la bandera del Gobierno Federal principalmente en sus instituciones, el desabasto de medicamentos no contemplo en el enfoque basado en derechos, ni la participación de los actores mencionados para favorecer los procesos de atención en los diferentes hospitales, aunado a la falta de coordinación académica para explorar las posibles alternativas a la toma de decisiones de no proveer por un tiempo determinado el insumo correspondiente, también se apreció la ausencia de la transparencia y rendición de cuentas como se muestra a continuación:

Un enfoque basado en los derechos humanos ayuda a formular políticas, leyes, reglamentos y presupuestos que determinan claramente qué derechos humanos particulares hay que abordar (qué debe hacerse y en qué grado, quién es responsable) y vela por que se disponga de las capacidades necesarias (o de recursos para conseguir las capacidades que faltan). El enfoque contribuye a que el proceso de formulación de políticas sea más transparente y da a la población y las comunidades capacidad de acción para que los que tienen el deber de actuar rindan cuentas al respecto, asegurando que existan vías de reparación efectivas en caso de violación de derechos. (ONU, 2006, p. 17)

Desde su aparición el INSABI presento esta falta de transparencia al no responder por la falta de los medicamentos y responsabilizar directamente a las instituciones de la carencia de estos, ambos actores no acertaron en sus resoluciones, situación que provocó el cierre de vialidades e incluso el retraso de vuelos en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México para lograr comunicarse con las autoridades correspondientes y resolver la situación. No hubo informe detallado sobre los recursos destinados para los medicamentos y el proceso de entrega de estos, las cuestiones políticas fueron evidentes afectando a los pacientes por estas confrontaciones y decisiones inadecuadas al no poseer el enfoque basado en derechos humanos.

Estos hechos mostraron a los profesionales de trabajo social las deficiencias en los procesos de elaboración e implementación de la política pública del INSABI en su práctica laboral. No hubo respuesta a la exigencia de la población sobre un decreto que garantizaba no pagar la atención médica, no se contaba con la información documental para llevarla a cabo, no se tenían los mecanismos adecuados para derivar a la población con el personal encargado de validar el programa, había incertidumbre institucional por este hecho. De acuerdo con información obtenida en su página web, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) tiene el siguiente propósito:

proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto de Salud para el Bienestar tiene la siguiente función:

I. Prestar de manera gratuita servicios de salud y asegurar el suministro de medicamentos e insumos asociados y demás elementos necesarios para la atención a las personas sin seguridad social, de conformidad con los instrumentos jurídicos que al efecto suscriba con las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud; (INSABI, 2020)

Estos objetivos no fueron cubiertos en la ejecución de la política pública de la salud respecto a la gratuidad y los servicios de salud y el abasto de medicamento, por un lado seguían pagando la atención médica basados en un programa anterior que había desaparecido; por otro con la justificación de la austeridad republicana y combate a la corrupción dejaron desprotegidos a los pacientes al no contar con su medicamento, el beneficio de la política gubernamental no era tangible para los usuarios.

Los profesionales de trabajo social al tener contacto con los familiares de los pacientes evidenciaron la falta de reglas de operación, en sus notas manifestaban las contradicciones establecidas entre el discurso gubernamental y la realidad institucional. De tal forma que, al realizar las coordinaciones pertinentes con el Departamento encargado de validar este programa, referían que seguían trabajando conforme al programa anterior debido a que no le habían hecho llegar las nuevas reglas de operación, razón por la cual había contradicciones entre la ideología de la población usuaria y la realidad institucional con los profesionales de la salud encargados de atenderlos.

Para la creación del INSABI fue necesario hacer modificaciones al Artículo 4º, párrafo 4 de La Constitución Política, conformado de la siguiente manera

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Se agregó el sistema de salud para el bienestar, y la gratuidad de la atención para las personas que no cuenten con seguridad social. También se modificó la Ley General de Salud en su Artículo 77, bis 7 Para ser beneficiario de la prestación

gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a que se refiere el presente Título, se deberán reunir los requisitos siguientes:

- I. Ser personas que se encuentren en el territorio nacional;
- II. No ser derechohabientes de la seguridad social, y
- III. Contar con Clave Única de Registro de Población.
- IV. En caso de no contar con dicha clave, podrá presentarse acta de nacimiento, certificado de nacimiento o los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias

Para ser beneficiario del INSABI, y obtener la gratuidad en servicio, medicamentos, y otros insumos; bastaría con presentar los requisitos antes mencionado, sin embargo, no considera los casos de estudios especializados que no se realizan al interior de la institución, tampoco los medicamentos de costo elevado para el tratamiento no provistos por la misma. Al enfrentarse a esta situación, nuevamente se coordinaba con el Departamento encargado de llevar este programa para comentarle estas dudas, respondiendo en el caso de los medicamentos, si no estaban dentro del protocolo establecido no se administraría y en el caso de los estudios especializados solo se cubrirían si eran realizados dentro de la institución, por lo que el familiar cubrir el costo de este.

El Estado por medio la política pública y las instituciones responden a las problemáticas de la población afectada “entonces la política pública es concebida como las respuestas que se generan por parte del Estado que se implementan o materializan por instituciones como respuesta a las necesidades y demandas de una sociedad. (Cruz & López, 2019, p.94) de igual forma tienen la capacidad de responder a circunstancias como el desabasto de medicamentos e insumos especializados, la falta de infraestructura en el sistema de salud, los recursos humanos limitados, para proveer dichos servicios a su población. Pero hay de nueva cuenta una contradicción reflejada en el Artículo 36 de la misma Ley

Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos,

que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición, será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud.

Si la Constitución Política establece la gratuidad en la protección de la salud, ¿por qué el artículo 36 de la Ley General de Salud mantiene las cuotas de recuperación como forma de obtener recursos para el Estado?, por lo que hay una contradicción respecto a la gratuidad de los servicios, o al menos tienen ese ideal como se muestra a continuación:

La elaboración del Programa Sectorial de Salud parte de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en consonancia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024: "el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos". (DOF, 2020b)

Por lo que se pensaría que tienen como fecha límite para establecerlo en el año 2021, sin embargo, antes de llegar a ese objetivo se tienen que generar los mecanismos, acciones y políticas para que sea una realidad asumiendo "un espíritu transformador del nuevo gobierno federal con un enfoque de derechos para asegurar el bienestar de la población" (DOF, 2020b). En el penúltimo párrafo del Artículo 36, se les cobrará en su totalidad la atención médica, sólo en casos urgentes estarán exentos, sin embargo, el Artículo 77, bis 7, punto I dice que basta con ser persona que se encuentre en territorio nacional. ¿Cómo van a determinar que ese extranjero ingresó al país con la intención de hacer uso de los servicios de salud?, ¿qué hay de los migrantes varados en su trayecto?, son peculiaridades que deben atenderse para realizar un trabajo con enfoque en derechos, no dejar que "la deshumanización en la salud se patentiza en el trato indigno, desconsiderado de las creencias, ajeno a los mínimos conceptos de respeto y comprensión del otro, con barreras de acceso a su derecho fundamental" (Clavijo, 2017, p. 93) y más si consideramos que el Programa Sectorial de Salud solamente habla de los migrantes como grupo vulnerable.

Con el contexto que se acaba de presentar, la utilidad aparente del estudio socioeconómico como instrumento para la asignación de nivel de cuotas de recuperación no justificaría la razón de ser del trabajo social en el hospital infantil; las funciones establecidas por el Departamento de Trabajo Social (educación, planeación, programación, investigación) desafortunadamente no tienen la aplicación práctica en el trabajo operativo, y tampoco están incluidas en alguno de los seis procedimientos que tiene el manual de procedimientos.

Se abre la posibilidad de implementar un plan para aprovechar esta situación y considerar las habilidades y capacidades del personal operativo para elaborar protocolos de investigación y metodologías de intervención que sean funcionales a

los contextos institucionales de la población atendida, no como formas de improvisación basadas en un sentido común ilustrado, sino, sustentadas en la formación académica que posee con la aplicación práctica de la experiencia laboral y las actualizaciones que tengan para lograr una formulación integral sobre las funciones.

Este plan consiste en primera instancia en el conocimiento de un “marco de derechos humanos a la salud que incluye establecer cuáles son las responsabilidades públicas del Estado con respecto a las leyes, los presupuestos, las políticas públicas y los programas que sostienen el derecho a la salud. Sin embargo, “un marco de derechos humanos es también más amplio que el derecho a la salud”. (Yamin, 2018, p. 135)

Un conocimiento de las reglas de operación de las políticas públicas en salud de nuestro país, para identificar en la fase de implementación la injerencia que tiene el profesional de trabajo social y la aportación que puede realizar no sólo desde una práctica laboral, sino sustentada en el conocimiento de los contextos social, económico, político y cultural de los usuarios. Saber ¿cuál fue la perspectiva de su formulación?; “desde abajo” donde se pone énfasis en las capacidades de los distintos actores sociales para influir sobre la política pública, tiene la virtud política de generar resultados cuya suma no sea cero. “En esta perspectiva la influencia en pp pasa por el entramado de poder y por la fuerza de los sujetos de exigibilidad para que sean oídas y atendidas sus demandas”. (Canto, 2010, p. 95) O de la perspectiva “desde arriba”, donde el gobierno dicta como se implementará y que población va a ser beneficiaria, considerando a la población actores pasivos, si fuera esta última requeriría de una reflexión como lo indica Dussel:

es que la política debe ser concebida y practicada de nueva manera para que realmente intente ser una transformación de las estructuras objetivas y subjetivas más justas. Se debería cambiar la conducta de los miembros de una comunidad, de los representantes y de los ciudadanos participantes como actores responsables. Sin ese cambio de instituciones objetivas y de una nueva subjetividad, que la ética impulsa, impera, obliga, todo el resto se transforma en un castillo de naipes que al menor impulso externo se derrumba. (Dussel, 2019, p. 11)

Esa reflexión podría iniciar con la investigación como función del personal operativo, tomando en cuenta el perfil del profesional para llevarla a cabo, introyectar en el Departamento de Trabajo Social las ventajas que tiene para ellos y para la institución, ya que contribuiría al conocimiento científico. “la investigación como parte intrínseca de nuestra profesión, y una actitud crítica-reflexiva permite realizar análisis más enriquecedores para pensar la complejidad y los desafíos que implica el campo del Trabajo Social Contemporáneo. (Zucherino & Weber, 2014, p. 18)

Definir conceptualmente la diferencia entre función y actividad de trabajo social, con la intención de incluirlas en el manual de procedimientos para establecerlas acordes a cada procedimiento y tenga fundamentos teórico-metodológicos más sólidos, determinar de acuerdo con la práctica laboral y la revisión teórica cuales con las funciones realizadas en la práctica laboral y cuales las actividades.

Establecer protocolos de atención al usuario desde trabajo social con el enfoque basado en derechos humanos y políticas públicas, así como incorporar protocolos de atención en emergencias elaborados de acuerdo con las características del personal del Departamento.

3.3 Las funciones del trabajador social del HIMFG por la reconversión hospitalaria ante la emergencia sanitaria por COVID-19

La emergencia sanitaria por el virus Sars-Cov-2, ha traído cambios en la mayoría de los aspectos de la sociedad en el mundo, específicamente el caso de México ha sido uno de los más golpeados económica y socialmente por el manejo inadecuado de la emergencia sanitaria, considerado un país negacionista como se muestra a continuación:

Este grupo de países desde el inicio de la pandemia, y durante un tiempo prolongado, negaron la realidad. Los países paradigmáticos de este primer grupo han sido las administraciones ultraderechistas de Donald Trump (EE. UU.), Boris Johnson (Inglaterra) y Jair Bolsonaro (Brasil), que pregonaron el «dejar pasar» del virus, más preocupados por la parálisis económica que las consecuencias en la salud colectiva. De América Latina, además de Brasil, también ubicamos a los gobiernos de Daniel Ortega (Nicaragua) y López Obrador (México), aunque se encuentran en otra fase [...] (Herrero & Belardo, 2020, p. 100)

Si bien organismos internacionales como la OMS y la OPS han mantenido una postura diplomática al respecto, otras instituciones internacionales han considerado un manejo inadecuado:

No es una coincidencia que los países con el peor desempeño en su respuesta a la pandemia de COVID-19 tengan líderes populistas. Tienen rasgos en común, como minimizar la gravedad de la afección, desalentar el uso de mascarillas, priorizar la economía sobre salvar vidas y negarse a unir fuerzas con oponentes políticos para desplegar una respuesta coherente. También han interferido activamente en la implementación de políticas sanitarias sólidas, por razones políticas. Las consecuencias en términos de vidas humanas han sido devastadoras. Por lo tanto, es necesario instituir algún nivel de responsabilidad política por un liderazgo y un desempeño deficientes (Instituto de Ciencias de la Salud Global de la Universidad de California en San Francisco (UCSF), 2021, p. 7)

Conforme fueron aumentando los casos y las defunciones de la población por el virus del COVID-19, la aceptación de una realidad social se hacía evidente, por lo que era necesario aumentar las medidas precautorias y los protocolos de acción que no fueron considerados con un enfoque de derechos: “En un marco de derechos humanos, una función pública central de la epidemiología —el estudio de la distribución y los determinantes de la enfermedad— es hacer visibles las conexiones entre nivel de pobreza, de discriminación y de desigualdad, por un lado, y salud por, el otro”. (Yamin, 2018, pp. 120-121), es decir, no hubo una articulación entre las políticas de salud acordes a los contextos de la población y la respuesta gubernamental a la emergencia sanitaria:

la experiencia de México con la pandemia de COVID-19: altas tasas de transmisión dentro de las familias, muchas de las cuales viven en condiciones de hacinamiento en viviendas multigeneracionales y deben buscar el equilibrio entre la salud y sus necesidades económicas, en vista de la falta de programas de apoyo por parte del gobierno. Pruebas escasas y tardías. Demoras en la búsqueda de atención médica por temor a que, una vez ingresada en un hospital, la persona pudiera contraer la enfermedad o morir. Una campaña gubernamental que priorizó mantener las apariencias y la política partidista antes que la salud. Dificultades para encontrar una cama en hospitales sobrepasados en momentos críticos de la epidemia, incluso cuando las estadísticas oficiales seguían mostrando disponibilidad. La necesidad de recurrir a médicos de todos los campos, personal inexperto y médicos residentes para responder a la emergencia, muchas veces sin proporcionarles la capacitación necesaria ni el equipo de protección personal (EPP) adecuado. Extraordinaria angustia emocional entre los profesionales de la salud. Y, en última instancia, los terribles estragos de una pandemia fuera de control sobre un sistema de salud sobrecargado y sobre la población en general, ante la incapacidad del gobierno para coordinar una respuesta nacional e implementar políticas sólidas para controlar los contagios, echando abajo así el equilibrio entre los componentes de salud pública y de prestación de servicios en la gestión de la pandemia. (UCSF), 2021, p. 10)

Bajo este posicionamiento las líneas de acción utilizadas por el gobierno mexicano para afrontar la emergencia sanitaria fue “una estrategia de muy pocas pruebas y confinamiento relajado, por un periodo de tiempo relativamente corto” (Signos Vitales, 2020, p.16), además de otras dificultades como “un ilimitado número de carencias en infraestructura, equipamiento médico además de recurso humano insuficiente, información para la toma de decisiones, entre muchas más”. (Signos Vitales, 2020, p. 13), considerando una situación no tan grave como los países asiáticos o europeos, lejana al entorno latinoamericano y mucho menos el mexicano.

Cuando fue inevitable su intervención ante este problema, no tuvo la capacidad de reaccionar adecuadamente a esta emergencia de salud mundial, al no contar con los siguientes elementos:

un complejo engranaje entre la estructura (capacidad de respuesta) de los sistemas de salud y de la coyuntura (las medidas políticas adoptadas) en un momento determinado para detener la transmisión de la enfermedad. Este proceso dialéctico entre lo estructural y lo coyuntural, en un mundo interconectado, es lo que pone en evidencia cuán fuertes o frágiles son los sistemas de salud, y cuáles son las acciones correctas que deben realizar los gobiernos. (Herrero & Belardo, 2020, p. 120)

La emergencia sanitaria trajo consigo una serie de situaciones imprevistas, distanciamiento social, evitar el contacto físico, no acudir a reuniones o centro de diversión, que a su vez fueron los indicadores para elaborar los protocolos sanitarios y de atención a usuarios con diagnóstico de COVID-19. “Aunque es una crisis sanitaria, [...] también tendrá un inevitable impacto en la economía, el comercio, los empleos, el bienestar y las condiciones de vida de la población” (CONEVAL, 2020, p. 10).

Dichos protocolos carecían de fundamentos científicos y metodológicos para abordarla de manera que no se viera afectada la población del país.

Esta pandemia es mucho más que una crisis sanitaria. Requiere de una respuesta de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto. La resolución y el sacrificio de los trabajadores sanitarios en primera línea deben ir acompañados de la determinación de todas las personas y todos los líderes políticos para poner en práctica las medidas a fin de acabar con la [misma]. (OMS, 2020a, p. 1)

Así como la participación multidisciplinar para elaborar programas de acción estratégicas para atender esta emergencia sanitaria:

Para proporcionar una gestión coordinada de la preparación y respuesta a la COVID-19, deben activarse mecanismos nacionales de gestión de emergencias de salud pública, incluida una célula de coordinación nacional multidisciplinar o estructura de gestión de incidentes, con la participación de los ministerios pertinentes como los de salud, asuntos exteriores, economía, educación, transporte, viajes y turismo, obras públicas, agua y saneamiento, medioambiente, protección social y agricultura. (OMS: 2020a; p. 1)

No solo en la parte económica, con el desempleo formal e informal, el aumento de los precios de la canasta básica, la reducción de actividades no esenciales para administrar el riesgo de contagios masivos, evitar salir de casa sin necesidad de alimentos o medicamentos, sino la parte social con las relaciones familiares de tiempo completo, interacciones en espacios hacinados, modificación de la dinámica familiar con interacciones de tiempo completo en casa. “Las implicaciones que la [epidemia sanitaria] ha tenido abarcan prácticamente todas las áreas de la vida humana y van desde la salud pública y la economía, hasta la violencia intrafamiliar y los flujos migratorios”. (Signos Vitales, 2020, p. 13)

Si le agregamos la carencia de insumos “médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud denunciaban desde entonces la falta de batas desechables, mascarillas N-95, guantes, lentes protectores y otro material de protección sin el cual se exponían directamente al virus”. (Duran, 2020); el bloqueo al Aeropuerto Internacional de México en el mes de enero de 2020 por la falta de medicamento para pacientes oncológicos, el paro de labores de trabajadores del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE por falta de medicamentos y equipo de protección. Afrontar la emergencia sanitaria, sin recursos económicos para el material que permita proteger a los trabajadores de la salud, no se está promoviendo el Derecho Humano a la Salud, para evitar la propagación del virus Sars-CoV-2

Esto se traslada al ámbito institucional donde se presentó una reorganización institucional en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, llamada reconversión hospitalaria, que consiste en

proceso por medio del cual diferentes tipos de hospitales se preparan para la atención de pacientes durante una crisis de salud, en este caso, durante la [epidemia sanitaria por] COVID-19. En nuestro país, se lanzó un proyecto de reconversión hospitalaria, anunciado el 29 de marzo de 2020, por el Dr. Gustavo Reyes Terán, titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta

Especialidad, en el que se anunciaron tres fases para los siguientes hospitales, tanto de la Ciudad de México como del Estado de México:

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias «Ismael Cosío Villegas».
- Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».
- Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.
- Hospital General «Dr. Manuel Gea González» (considerado hospital híbrido).
- **Hospital Infantil de México «Federico Gómez».**
- Hospital Juárez de México.

La primera fase incluye:

- Lista de personal y especialidades.
- Disponibilidad de fuentes de oxígeno y aire (número y utilidad).
- Ventiladores mecánicos, utilidad y cantidad.
- Cantidad de monitores e integridad de sus módulos y sensores.
- Eficiencia de compresor de gases en litros/hora.
- Eficiencia de generador eléctrico y plantas auxiliares.
- Número de camas totales de que se dispondrá en contingencia,

Al iniciar la afluencia de pacientes con COVID-19, deberán suspenderse los servicios de atención ambulatoria y de quirófano para las cirugías electivas; proyectar, cuando se llegue a 50% de ocupación, las necesidades de capacitación de más personal para transitar a la fase 2 y desocupar completamente las unidades que participarán.

La segunda fase incluye la atención de pacientes críticos por COVID-19 en la Unidad de Terapia Intermedia, en recuperación quirúrgica, en el área de estancia corta, todas las cuales deben contar con tomas de aire y oxígeno.

En la tercera fase se considera el lleno total de la Unidad de Urgencias, pero se respeta la Unidad de Choque para la atención de pacientes críticos. Se instalan adultos en áreas pediátricas. Se consideran las camas que sólo cuentan con toma de oxígeno.

En la fase 1, como parte de la estrategia, se clasifica a los hospitales en COVID y no COVID; entre estos últimos, se considera los siguientes institutos: Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Rehabilitación e Instituto Nacional de Perinatología; sin embargo, en etapas más críticas, todos los hospitales podrían atender pacientes diagnosticados con COVID. (Mendoza-Popoca & Suárez-Morales, 2020, p. 154; el énfasis en negritas es propio, M. Ponce)

Los párrafos anteriores muestra cierta similitud con los planteado por la Secretaría de Salud y el Gobierno de México respecto a la reconversión hospitalaria:

La Reconversión hospitalaria COVID-19 deberá garantizar que los servicios de atención médica se ejecuten bajo los principios de oportunidad, calidad y eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros en beneficio de la población y con ellos se incida en la prevención y control de la [emergencia sanitaria] por la enfermedad del virus SARS-CoV2 en México (Gobierno de México/Secretaría de Salud, 2020, p. 4)

Como se pudo observar el HIMFG fue habilitado para ser hospital COVID, tuvo una reducción considerable del personal de atención al usuario y sus actividades fueron programadas por guardias, se priorizaba la atención a pacientes sospechosos de Covid-19 y urgencias médicas. Fueron habilitados los servicios de cirugía general como área especial para atención de usuarios con ese diagnóstico, la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) para pacientes en estado grave y los servicios de ortopedia, cirugía plástica, oftalmología otorrinolaringología y cirugía maxilofacial como área de urgencias respiratorias no graves. Los pacientes de esos servicios fueron distribuidos en los diferentes servicios del hospital.

El personal de trabajo social durante las guardias, asumía más servicios de los correspondientes para atender al usuario, Por lo que las funciones también se modificaron, primero por la disminución del contacto físico con el usuario; después por el equipo de protección (cubre bocas y mascarilla) que obstaculizan la comunicación verbal, también por la inactividad de las asociaciones y fundaciones para apoyos de medicamentos e insumos, los cuales no estaban funcionando de manera formal, lo que limitó considerablemente la gestión.

Si agregamos la falta de conocimiento sociológico sobre confinamiento, aislamiento distanciamiento social y estigma, las implicaciones en la práctica de los usuarios, la noción psicológica de manejo de emociones, modificación de patrones de conducta en dinámica familiar por la situación actual de la epidemia sanitaria, dificultan aún más las funciones a realizar.

Para evitar contagios entre el personal de la institución es necesario proporcionar las medidas de protección como “los derechos de los trabajadores de la salud” incluyen los siguientes puntos, como obligación por parte de sus empleadores:

- Asumir la responsabilidad completa de asegurarse de que todos los implementos preventivos necesarios y las medidas protectoras estén al alcance, para proporcionar seguridad ocupacional y minimizar los riesgos.
- Proveer información, instrucción y entrenamiento que lleven a optimizar la seguridad ocupacional, entre lo que se incluye: entrenamiento en prevención de infección y control de la misma; el uso, colocación y retiro de equipo protector personal.
- Proveer al personal de salud de mascarillas, guantes, goggles, batas, jabón de manos, agua y otros implementos de limpieza, en suficiente cantidad, con el fin de que los trabajadores no tengan que invertir en la compra de cualquiera de estos implementos.
- Familiarizar al personal con la información más reciente respecto al comportamiento del COVID-19, además de proveer las herramientas adecuadas para llevar a cabo el triage, pruebas y tratamiento de los pacientes.
- Proveer de medidas de seguridad apropiadas para mantener seguro al personal de salud.
- Proporcionar un ambiente libre de culpa, en el cual los trabajadores puedan reportar incidentes tales como exposición a sangre o fluidos corporales provenientes del sistema respiratorio o casos de violencia, y adoptar las medidas para el seguimiento y ayuda de las víctimas.

- Asesorar a los trabajadores en reportar, tempranamente, la aparición de síntomas para que permanezcan en casa cuando se haya contraído la infección.
- Mantener un horario de trabajo apropiado, con lapsos de descanso.
- Consultar con personal dedicado a la seguridad ocupacional y notificar a los mismos los casos de enfermedad ocupacional.
- Permitir a los trabajadores ejercer el derecho de retirarse ante alguna situación de trabajo en la que consideren que existe un peligro inminente y serio tanto para su vida como para su salud, y proteger a este trabajador de posibles consecuencias por la decisión tomada.
- No obligar a los trabajadores a regresar a trabajar en un sitio donde ha habido peligro inminente para la vida y la salud, hasta que no se hayan tomado las medidas remediales completas y adecuadas.
- Cumplir el derecho de compensación, rehabilitación y servicios de tratamiento y curación a los trabajadores infectados por COVID-19, a consecuencia de la exposición en el área de trabajo, considerando esto como una enfermedad ocupacional.
- Proveer servicios de salud mental.
 - Facilitar la cooperación entre los patrones y los trabajadores, junto con sus representantes (OMS/Orientación provisional. Brote por enfermedad por coronavirus COVID-19: 2020b)

Estas condiciones son necesarias para el desarrollo de las funciones, específicamente de trabajo social, que ha establecido cuatro funciones; planeación, investigación, programación y educación; las cuales son incongruentes con el manual de procedimientos que maneja seis procedimientos: 1) Asignación de cuotas de recuperación, 2) Inducción hospitalaria, 3) atención social del paciente, 4) elaboración de carta compromiso económica, 5) atención en caso médico legal, y 6) referencia y contra referencia de pacientes a 2° nivel de atención. No consideró el cambio del Seguro Popular por el INSABI, es decir, no incluyo en alguno de los procedimientos establecidos el cambio de la política gubernamental por la gratuidad en los servicios de salud, tampoco se agregó un apartado en caso de emergencia sanitaria.

Esto es importante porque al reducir el flujo de la población atendida durante el trabajo por guardias, se continuaron realizando las mismas funciones que anteriormente se hacían, es decir, se continuó trabajando de la misma forma. En lo referente a la investigación se contempla como parte de las funciones del trabajador social, aunque en la práctica laboral no se desarrolla, además de no estar incluida en el manual de procedimientos, por lo que se podría incorporar al procedimiento 3) atención social del paciente. Respecto a la gestión se maneja como una actividad dentro del procedimiento antes mencionado, no como una función, aquí hay otra ambigüedad laboral al no identificar la diferencia entre actividad y función.

La intervención se considera una función, sin embargo, es percibida como una actividad, conjuntamente con la investigación serían el punto de partida para elaborar una construcción epistemológica sobre su aplicación en el hospital aprovechando la emergencia sanitaria y la aplicación de la Política Pública del INSABI, sobre la

gratuidad, aunado a la eliminación del estudio socioeconómico como instrumento para la asignación de cuotas de recuperación, es necesario buscar la oportunidad de realizar las funciones con una intencionalidad más allá del pragmatismo institucional o del empirismo funcional en el desempeño de su trabajo.

Es tiempo de proponer con propuestas, de iniciar el trabajo teórico de su actividad laboral, aprovechando la experiencia práctica del profesional al interior de la institución, considerando las aportaciones de los usuarios en un proceso que está hecho para su atención como sujetos de derechos. Trasladar al ámbito laboral los conocimientos de formación y adquiridos durante la práctica con propuestas sustanciales incorporando el enfoque de derechos y el conocimiento de las políticas públicas.

Capítulo 4.- Análisis de las categorías del trabajo de campo del profesional en trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción.

El siguiente capítulo fue elaborado basado en el trabajo de campo, se realizaron 10 entrevistas programadas de la muestra durante los meses de septiembre a diciembre de 2020, con las complicaciones que represento la emergencia sanitaria y la disposición de los colegas de trabajo. Se analizó la información de las tres categorías mediante cuadros conceptuales donde se vació la información correspondiente a cada categoría, para interpretar los textos proporcionados por los trabajadores sociales.

Se entrevistaron siete profesionales de trabajo social del área operativa mujeres; una supervisora profesional de trabajo social y dos profesionales de trabajo social hombres, en el periodo del 21 de septiembre al 4 de diciembre de 2020, el tiempo de aplicación de las entrevistas se postergó debido al trabajo por guardias del Departamento de Trabajo Social por la reconversión hospitalaria y ser un Hospital cede para pacientes con diagnóstico de Covid-19, por lo que no coincidían los tiempos de trabajo con los colegas hasta ser posible homologarlos. Hago constar que se asignaron los números de folio en orden cronológico, tanto en las referencias de citas textuales de testimonios como en las tablas incluidas en este capítulo.

El capítulo consta de tres apartados, el primero de ellos se denomina “Características de las funciones actuales de los profesionales de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez”, donde se analizan las cuatro funciones establecidas en el departamento de trabajo social, con la información obtenida de las entrevistas sobre las funciones realizadas.

El segundo apartado es titulado “Trabajo social, política pública y salud en el desempeño de las funciones del trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez”, aquí se analizan las definiciones de políticas públicas elaboradas por los entrevistados, su relación con la salud, los procesos de las políticas públicas donde se insertan los profesionales de trabajo social y las políticas de salud conocidas

El tercer apartado, “Trabajo social, derecho humano a la salud y enfoque de derechos en la práctica laboral del trabajador social del Hospital Infantil de México Federico Gómez”. analiza las definiciones de derecho humano a la salud, el enfoque de derechos en la práctica laboral y la relación entre la política pública y el derecho humano a la salud.

Por último, se presenta las conclusiones específicas a partir de la información obtenida en el trabajo de campo.

4.1 Características de las funciones actuales de los profesionales de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Como se mencionó en el capítulo anterior, el Hospital Infantil de México Federico Gómez, es una institución con más de 77 años de historia en el ámbito de la salud pediátrica, y desde esa fecha trabajo social ha estado incorporado como parte de los profesionales que aportan elementos para complementar los tratamientos de los pacientes con una mirada integradora como se muestra a continuación:

lo social ni es aprehensible técnicamente (las realidades son siempre construcciones sociales) ni se transforma por efectos de procedimientos técnico-instrumentales (no importa cuán sofisticados y eficientes sean); ni puede transformarse sin la participación de los sujetos sociales, de sus organizaciones y de los colectivos a los que pertenecen; ni puede sustentarse en el tiempo con la sola perspectiva antropocéntrica que no involucra el contexto total de construcción de la vida. (Cifuentes, 2013, p. 171)

Partimos de una construcción social del momento histórico donde está situado el usuario, pero tampoco podemos descartar su pasado que lo llevo a la situación que presenta al acudir a la institución. La intervención no tendría éxito sin los sujetos, sin dejar de lado su conocimiento vivencial, las redes institucionales que posee el hospital y los saberes del trabajador social para trabajar de forma conjunta en aras mejorar no solo en la parte médico-asistencial, sino en la parte sociocultural.

Para ello es necesario tener los elementos teórico-metodológicos-conceptuales sobre la función que desempeñamos como trabajadores sociales, que nos permitir incidir en los usuarios atendidos en ese proceso. Por lo que sería de utilidad saber cómo se encuentra conformada actualmente la plantilla del Departamento de Trabajo Social del HIMFG, como se presenta el Tabla 10. Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social:

Tabla 10. Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social.

Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social	Integrantes	Con Maestría	Con especialidad	Con diplomado
Supervisoras de Trabajo Social (entre las supervisoras se considera a la encargada de organizar los congresos, cursos, talleres y seminarios)	7	1		3
Personal operativo	43	15	3	22
Personal Operativo de Rotación	13	2	1	4
Personal operativo con comisión sindical	1	1		
Total del personal	64	18	4	29
Fuente: elaboración propia con base en el listado actualizado del año 2020 del personal adscrito del Departamento de Trabajo Social.				

Como parte del personal hay profesionales con diferentes grados académicos que podrían hacer aportaciones valiosas al departamento por lo conocimientos que han adquirido a lo largo de su trayectoria laboral y escolar. Como parte de su quehacer profesional desarrollan funciones para lograr objetivos establecidos en beneficio de la población atendida, el Departamento de Trabajo Social ha establecido cuatro funciones para su personal operativo: planeación, educación, programación e investigación.

Sin embargo, es importante resaltar que, de acuerdo con la aplicación del instrumento para la presente investigación, estas funciones no son realizadas por la mayoría de por los profesionales como se muestra a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 11: Funciones realizadas por el personal de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Función que realiza	Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
Realiza actividades	X									
Ninguna					X					
Función entendida con base en el manual de procedimientos.			X	X						
Investigación		X								
Promoción		X					X			
Gestión		X					X			
Administración		X								
Difusión		X								
Información		X								
Orientación/orientar		X				X				X
Educativa/educación						X	X			
Investigación (no como proceso metodológico, sino como forma de obtener información sobre condiciones sociales de la familia a través de la entrevista)								X		
Seguimiento			X							
Asistencial (entendida como la canalización de los familiares o de los pacientes a instituciones que le puedan apoyar para su rehabilitación o para su salud)								X	X	
Supervisión										X

Fuente: Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre a diciembre de 2020.

Se aprecia en la tabla 11, que la función de educación y de investigación, están presentes, aunque esta última no como parte del proceso del método científico, sino de forma pragmática para obtener información mediante la técnica de la entrevista, por lo demás es observable una dificultad para definir su actuar profesional,

confundiéndolo con actividades de carácter burocrático-administrativo, coincidiendo con lo planteado por Ballestero, Viscarret, y Úriz (2013, p. 130)

Las principales tendencias generales que apuntan los datos descriptivos son tres:

- a) Se constata la prevalencia de funciones de tipo asistencial y burocrático.
- b) Se confirma el creciente desempeño de funciones orientadas a la gestión, planificación, coordinación y administración social.
- c) Se evidencia la escasa implicación de las profesionales en la actividad investigadora

Los apartados a) y c) tienen mucha similitud con las percepciones de los entrevistados respecto al trabajo cotidiano que realizan al interior de la institución, se enfocan en actividades como la orientación, difusión, información o promoción, netamente asistenciales; esto también se destaca en el trabajo de Ornelas y Brain: “las actividades principales que les reconocen son: proporcionar información, atención directa a usuarios y familiares, actividades de vinculación y la gestión administrativa, en ese orden de importancia, que –como se observa– coincide con las percepciones de los demás actores sociales”. (Ornelas & Brain, 2018, p. 82)

Es de llamar la atención como parte de los servicios que oferta dentro de la institución se encuentra una función primordial (investigación) y una metodología de atención al usuario (intervención) para la profesión. La primera de ellas como una forma de obtener información sobre las condiciones del usuario, su entorno, relaciones familiares, problemas socioeconómicos-culturales que puedan encontrarse, todo mediante el uso de una técnica como la entrevista, alejado del proceso metodológico de la investigación: planteamiento del problema, pregunta de investigación o hipótesis dependiendo el paradigma, justificación, objetivo, metodología, enfoque teórico, análisis de resultados y conclusiones.

En lo que respecta a la intervención no fue contemplada como función o actividad, lo que denota que hay una utilización inapropiada del término, en primera instancia no se aprecia como parte de un proceso secuencial y sustentado mediante soporte teórico como parte de una metodología específica; se entiende como una serie de entrevistas donde se va detectando obstáculos que pueden incidir en el proceso salud-enfermedad del paciente, basados en las respuestas pragmáticas de casos similares y la experiencia en el servicio de pertenencia, alejados de lo que Álava, Rodríguez y Párraga (2017) definen como trabajo social en salud:

El objetivo del Trabajo Social en esta área es identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades

Brinda motivación a los pacientes y familiares así como facilita la información y sensibiliza sobre la realidad del paciente, preparándolos para las tomas de decisiones, educación a la comunidad para el cuidado y alimentación adecuada; participa en programas que cada institución de salud y en los procesos de la atención, siendo su función primordial la identificación de las carencias,

necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derecho habiente; aplica técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud. (Álava, Rodríguez y Párraga, 2017, pp. 5-6)

Lo expuesto con anterioridad, no pude lograrse sin la realización de ciertas funciones del trabajador social en su actividad laboral cotidiana y en específico desarrollar la función de investigación en la que coincidieron todos los autores de la revisión bibliográfica (Correa, Corena, Chavarriga, García, y Usme: 2018; Órnelas y Brain: 2018; Pacheco: 2018; Álava, Rodríguez y Párraga: 2017; Ballestero, Viscarret, y Úriz :2013; Díaz: 2003, y Terán 1986) por lo que se considera importante que los servicios que ofrece el Departamento de Trabajo Social, este incluida como parte de una comprensión de las realidades que presentan los usuarios, para brindar una mejor atención. A continuación, se presenta la Tabla 12 sobre las funciones que podría realizar los profesionales de trabajo social con la gratuidad en el servicio:

Tabla 12: Funciones que se podrían realizar con la gratuidad en el servicio

Funciones	Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
Investigación	X	X								
Participación familiar en tratamiento			X			X				
Concientización			X							
Intervención			X							
Sensibilización				X						
Reflexión				X						
Sin especificación					X					
Apego a los familiares (mediante: visitas domiciliarias para conocer su entorno y realizar una buena valoración)						X				
Educativa						X				
Planeación							X			
Programación							X			X
Ejecución							X			
Sistematización							X			
Evaluación							X			
Intervención social								X		
Adentrarnos un poquito más acerca en la dinámica familiar									X	
Investigar más el apego al tratamiento para su adherencia.									X	
hacer programas y proponer políticas públicas										X

Fuente: Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre a diciembre de 2020.

La función de investigación, educación y planeación, están presentes como funciones a realizar con la política de gratuidad en el servicio, es decir, en las

funciones realizadas solamente aparecía la investigación, y no como proceso metodológico, en la tabla 12 ya presenta matices para reformularse la aplicación del estudio socioeconómico como actividad esencial para la asignación del nivel de cuotas de recuperación, pero la función de programación hasta el momento no se ha presentado las tablas 11 y 12. Algunos ejemplos de las posibles funciones a realizar en la política de gratuidad se mencionan a continuación:

Pero si ya no vamos a tener esa acción de informar de costos, creo yo que nos facilitaría el poder promover más el diálogo con el usuario y generar, pues más acciones de sensibilización, de orientación del ejercicio reflexivo, simplemente en un espacio reflexivo con el usuario que también le permita ver de otra manera. A veces quieren hablar de otros problemas de la familia, y nosotros también nos limitamos por tiempo y por lo que sea, nomás al paciente. Yo creo que lejos de eso se si nos quitaran esas cuestiones, podríamos darle un poquito más de profundidad en el abordaje.

Eh. a ver otras problemáticas. No sé. Conformamos red de apoyo para un tratamiento de nuestro paciente, pero quizá en el núcleo familiar haya un adulto mayor que este que no sabe que pudiera tener acceso a un ingreso, pero un subsidio social que también existe y hay otro estudiante que no tiene acceso a su beca de inicio. Por ejemplo, si fueran residentes de la ciudad, o sea, explicarles con mayor calma, con mayor amplitud, los otros subsidios. O sea, fortalecer la conformación de red o la autogestión de apoyos. Ese es un ejemplo. Yo me referiría más a esta parte. No nada más, necesito este antibiótico y urge que lo consiga, y para el alta, o sea, no la inmediatez, sino, pues trascender a ver las otras problemáticas de los otros integrantes de la familia. No, un poco seríamos si no lo damos no, como ampliar nuestra intervención. No recuerdo yo lo poco que estuve en Hemato, o sea, yo llegaba a emitir alguna carta de diálogo, pues a las a los centros educativos de los niños de hemofilia, con tal de sensibilizar sobre la posibilidad que los sigan recibiendo en la escuela, que no era un impedimento que ellos ya tienen conocimiento y educación sobre la salud respecto a su diagnóstico, o sea a esas acciones, pues como que extendernos un poquito más (Entrevistada folio 04; 42 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias turno matutino, fecha de la entrevista 28 de septiembre de 2020)

Las redes de apoyo, la autogestión y subsidios gubernamentales desde la perspectiva de la entrevistada son acciones que pueden incorporarse a la función de planeación y educación al ofertar los servicios a los que pueden acceder, esto implica un mayor conocimiento sobre las políticas públicas y las políticas sociales para aportar elementos que sean de utilidad en los procesos de los usuarios. Otro ejemplo de las posibles funciones encaminadas a la intervención se menciona continuación:

bueno, yo creo que, si tuviéramos el servicio gratuito de manera general, tendríamos mayor oportunidad de hacer más intervención social, no tanto en la cuestión de la economía de las familias, porque no nos estaríamos preocupando, porque si la mamá no tiene para pagar la cirugía, los tratamientos, el, el tratamiento en sí en general, que, que le estamos dando. Si no, nos preocuparíamos por la parte social, que en este caso tendríamos mayor tiempo para hacer una excelente intervención social, ¿no?, el tipo de familia, ¿qué problemas tiene?, este, ¿cómo podemos nosotros

derivar, gestionar para que se haga de alguna manera algún beneficio para la familia? Tendríamos todo el tiempo para hacerlo. Desafortunadamente por esta situación, pues nosotros tenemos que enfocarnos mucho a la recaudación del recurso, en este caso para las, para los pacientes, de los pacientes que atendemos y que en un momento dado en la parte administrativa no nos permite este porque son tantos documentos y papeleos que hacemos que no tenemos realmente el tiempo para hacer una mejor intervención social. ¿no? (Entrevistada folio 08; 51 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Cirugía Cardiovascular, entrevista realizada el día 3 de noviembre de 2020)

Se aprecia un hecho relacionado con el Derecho Humano a la Salud en la gratuidad de los servicios. La búsqueda de una alternativa para los familiares implica la realización de trámites administrativos con una inversión considerable de tiempo que no permiten hacer otras actividades de mayor relevancia como sería la intervención, esta última no se vislumbra como las fases de un proceso que lleva una metodología y sustento teórico para lograr un objetivo con los usuarios, sino, como una alternativa para resolver una situación prioritaria que afecta el internamiento del paciente. La parte social como lo menciona la entrevistada tendría mayor relevancia, entendiendo esta como la articulación de los aspectos social, económico, político, cultural y ambiental en la relación establecida entre el usuario, su familia y la institución.

Cabe mencionar que la intervención no fue incluida como una de las funciones del Departamento de Trabajo Social, es indicativo de la falta de revisión literaria, la coordinación con los trabajadores sociales en el área operativa respecto a la percepción que tiene ellos sobre las funciones que realizan y sus actividades correspondientes en su práctica laboral, al igual que su definición. Ahora si revisamos el manual de procedimientos que data del año 2018 y las funciones establecidas por el Departamento de Trabajo Social son del año 2019: planeación, programación, educación e investigación, no se identifican en ese documento, solo la educación aparece en el proceso de atención social al paciente al informarle sobre los derechos de los pacientes a los usuarios, la higiene y lavado de manos previo a ser considerada parte de protocolo de atención durante la pandemia sanitaria, es decir, vista como información proporcionada para cumplimiento de proceso institucional. En los casos de los servicios que tenían grupo antes de la pandemia, no se hizo mención del programa de trabajo, numero de sesiones, participantes y contenidos, como se muestra en el siguiente testimonio de la entrevista:

Mira, fijate que ahorita tenemos un grupo de educación para la salud donde participan todos los papás que son de neonatología, lamentablemente por la pandemia esto no ha sido posible. Pero ahí nosotros empezamos a detectar algunas necesidades de los padres, hay un programa este, de educación para la salud, para los padres, en relación a sus hijos neonatos, sobre todo de prevención de accidentes, este, lo que es la participación, porque no somos un país altruista, este, en cuestión de sangre, tenemos signos y señales de alarma donde todo el equipo de alguna manera participamos. Antes trabajo social nada más se enfocaba en buscar y decirles a los médicos saber qué le corresponde este, ahora los médicos están al pendiente ellos de que alguien de ellos esté al pendiente de lo que hace el trabajo social, ¿para qué?, para poder ayudar, colaborar en caso de que los padres tengan alguna duda.

Entonces como qué ha sido más cercano, por ejemplo, cuando hay una problemática que nosotros detectamos, “hola doctor, mire pasa eso, fijese que está este”, vamos a decir algo, tenemos este paciente que en su casa tiene chinches, ¿esto no incide en el proceso de salud, enfermedad del niño?, obviamente. Obviamente la pobreza nunca la vas a poder quitar, lamentablemente, pero pues obviamente toman cartas en el asunto. ¿Y sabes qué? Dile que caleen la, la, la, la pared. no, que eso también está incidiendo en el proceso de salud enfermedad, pero en el bienestar también de toda la familia, digámoslo así, ¿no? o, por ejemplo, cuando abandonan a un niño, ya no viene la mamá, que ya le hablamos, que ya habló el médico, que ya hablamos todo el equipo, que lo jurídico empezó por la decisión del abandono. (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

Hay problemas que son identificados, como la pobreza, el abandono, la participación de los padres en el tratamiento, pero no se mencionaron el número de sesiones educativas que aproximadamente se imparten, los contenidos de los programas, las actividades en cada una de ellas, y los ponentes. Si han detectado una serie de necesidades, es pertinente establecer la educación de forma sistematizada, con intervenciones metodológicas y referentes teórico para afrontar esas situaciones, sería una aportación valiosa para el trabajo de grupos. Otro ejemplo de trabajo de grupos es el siguiente:

trabajando con los grupos, o sea, pudimos ver cómo estos aspectos de cómo le fue a la familia, ahora que los chavos se tienen que distanciar de la novia, que todo es por redes sociales, qué significa para las mamás tenerlos todo el día ahí en la casa, este, que a lo mejor les hayan negado en algún momento la hemodiálisis, porque, pus la situación está complicado, porque la máquina no pudo o porque no hubo insumos, porque se está destinando el mayor recurso ahorita para una crisis sanitaria que para comprar o darle mantenimiento a las máquinas de hemodiálisis, entonces creo que lo viví de una manera distinta, pero creo que las posibilidades de intervenir si pueden ser muchas, desde la parte social, la parte educativa, desde la parte de, de la implementación de las nuevas tecnologías, ¿no? (Entrevistada: folio 07, 34 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Nefrología, entrevista realizada el día 23 de octubre de 2020)

Si bien la emergencia sanitaria ha traído modificaciones en las conductas de las personas y las instituciones, se ha generado literatura que pueda aportar al trabajo con grupos de pacientes en hemodiálisis durante el aislamiento social, para generar estrategias por medio de las nuevas tecnologías, cuestiones educativas para facilitar la adaptación a la interacción familiar de tiempo completo. Aprovechando la emergencia sanitaria se muestra a continuación la tabla 13 con las funciones que podrían hacer los profesionales de trabajo social:

Tabla 13: Funciones que se podrían realizar con la emergencia sanitaria

Funciones	Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
Investigación					X					
Educación para la salud	X				X					
Orientación	X					X				
Promoción para la salud		X							X	
Prevención		X								
Adherencia al tratamiento			X							
Formación de grupos				X						
Hace lo mismo					X					
Replantear la intervención, repensarnos, tratando de empatar nuestro trabajo con lo que hacía el profesional de psicología.							X			
Educativa							X			
Reeducar								X		
Hacer programas								X		
Orientación como un proceso de atención de esos pacientes.										X
Fuente: Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.										

La función de investigación y educación aparecen en las tablas 11, 12 y 13, siendo la constante en los profesionales de trabajo social en su actividad laboral y con este momento histórico para las instituciones de salud no se pudo aprovechar de mejor manera para realizar propuestas de mayor contenido teórico-conceptual e implementar metodologías de atención al usuario para establecer un precedente en las emergencias sanitarias, como se indica a continuación:

hemos quedado fuera de lo que realmente tendríamos que estar haciendo. Al final de cuentas seguimos trabajando igual, en algún momento yo, cuando yo decía que, que a veces no, no logramos como diferenciar entre un evento adverso, y la realidad que anteriormente veíamos que, teníamos anteriormente. Porque si tú te das cuenta, venimos haciendo exactamente lo mismo, no hemos hecho algo diferente, no hemos como buscado abonarle a ésta a esta situación.

Quizás en este momento histórico trabajamos con lo que tenemos, pero no veo como las ganas de poderlo cambiar, pero sí sería interesante que en este momento comenzáramos a hacer cuestiones de investigación asociadas a estas cuestiones del COVID, y que esperando no se vuelva a repetir una situación. Pero si es que lo hubiera, si es que lo hubiera, pues ya tenemos elementos, es decir, este momento ocuparlo como para hacer un cimiento en todos los aspectos, para que entonces en algún momento llegara a ver alguna otra contingencia que no sería lo ideal que pensáramos en eso, pero si lo llegan a ver ya tenemos elementos como para hacer. Por ejemplo, estos niños que llegaron de COVID, ¿de dónde son?, ¿quiénes son?, encontrar la situación social que a lo mejor se repita en estos pacientes, y que en algún momento a través de la educación para la salud podamos, podamos abonarle algo.

Nuestro actuar no ha respondido a las necesidades sociales, no, porque nos hemos casado, el trabajo, desde lo que yo considero se ha casado en asignar un nivel y creen que esa es la actividad primordial del trabajador social, asignar un nivel, entonces es eso es lo preocupante, y es lo interesante de esto, que habría entonces que abrir la visión y comenzar a documentar, comenzar de documentar lo que está sucediendo en este momento. (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

Para hacer las cosas diferentes se requiere de conocimiento de la realidad y los contextos actuales sobre la emergencia sanitaria, sobre aspectos de confinamiento, comportamiento y/o aislamiento y su repercusión en dinámica familiar, metodologías de atención a los usuarios para la aplicación práctica en los centros laborales, es decir, se requieren elementos cognitivos para implementarlos de forma correcta y hacer cosas de otra forma. La investigación puede ser un detonante para lograrlo, pero antes de adentrarnos en ese tema, comenzaremos por definir conceptualmente una función, y determinar desde los profesionales del HIMFG, como lo definen ellos.

Para Torres, una función es “el papel desempeñado, reconocido y aceptado por la sociedad para los miembros de una disciplina, que se materializa en las actividades o tareas que determinan el ejercicio de una profesión” (Torres, 2008, p. 3); otros autores la consideran “el tipo de actividad laboral que caracteriza e identifica el trabajo socialmente útil que realiza el hombre para alcanzar un objetivo determinado dentro del marco donde se desempeñe y las interacciones que haya con los diferentes actores”. (Correa, Corena, Chavariaga, García, & Usme, 2018, p. 201).

En el primer caso son las actividades o tareas que determinan el quehacer profesional en este caso del trabajador social, considerado por el autor como disciplina que además es reconocido y aceptado por los usuarios (miembros de la sociedad), es decir, actividades idealizadas en el imaginario de los usuarios sobre lo que hace trabajo social (apoyo, ayuda) “Las usuarias afirman que recurren al Trabajo Social en busca de atención, para cubrir una necesidad o resolver un problema concreto, que casi siempre requiere una respuesta en el corto plazo”. (Ornelas & Brain, 2018, p. 81)

La segunda definición evoca la utilidad social del trabajo realizado por los profesionales, con las relaciones establecidas con los usuarios durante ese proceso laboral, con la intención de lograr un objetivo determinado. En el caso del HIMFG, nos guiaremos por el contenido de su misión:

Promover el derecho a la salud de niños y adolescentes que requieran atención de tercer nivel mediante procesos de intervención integral, centrando el interés en el ámbito social con el propósito de identificar factores bio-psico-sociales, económicos y culturales, a fin de diseñar e implementar estrategias que permitan intervenir en atención de problemas de origen familiar y necesidades derivadas del proceso de salud enfermedad que limitan el tratamiento socio-médico de los pacientes desde un enfoque profesional, humanista, comprometido y respetuoso de la dignidad humana (HIMFG, 2019)

Proseguiremos mostrando la tabla 14 con la definición de función de los profesionales de trabajo social en su práctica laboral, para ver si cumplen los objetivos planteados en la misión:

Tabla 14: Definición de función del profesional de trabajo social en su práctica laboral.

Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
Trabajo que hago como algo que va dentro de mi quehacer profesional, y esto es lo que me preparo en un momento dado estudiar una carrera. Una función que conlleva muchas actividades. Mi perfil va enfocado a realizar determinadas funciones, que son lo que me va a permitir demostrar que mi carrera es necesaria y que es mi campo de acción.	No proporcionó una definición de Función acorde con los autores revisados, sino que, describió un proceso de intervención a partir de la entrevista, considerando aspectos familiares y comunitarios en interacción con las problemáticas que puedan incidir en su tratamiento.	La función dirigida para alcanzar algún objetivo, y la actividad es la parte práctica. La función es algo muy específico para poder lograr un objetivo.	No proporcionó una definición de función, sino más bien, ejemplificó que tipo de funciones se realizan: orientadoras o promotoras de un ejercicio de derechos, promotoras de, la formación de un usuario con conocimientos y ¿qué tiene que esperar de esta institución?	las funciones del trabajo social irían encaminadas a la cuestión de seguir el proceso metodológico del trabajo social, de investigación, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.	Es que la función podemos tener una función, digamos, educativa, y la actividad es ¿cómo qué vas a hacer para desarrollar esa función? Si puedo ser asistencial, mi actividad, ¿que qué es lo que voy a hacer para llegar a esa función?	No pudo dar una definición de función ya que le cuesta trabajo, porque en el día a día a veces terminan siendo ambas dos o terminamos priorizando la una sobre la otra	nuestra función es que los pacientes tengan lo necesario, que hagamos las gestiones para cubrir esas necesidades que ellos pueden tener, y en un momento dado que, si tenemos nosotros los recursos por parte del gobierno de nuestra institución, pues seamos facilitadores, cree que la diferencia y el compromiso que se deben tener como profesionales con los con los pacientes y con sus familias, que es lo más importante.	Son todas las acciones encaminadas a tener presente el bienestar físico como psicológico de todos los pacientes.	Una función es para lo que trabajador social, esta profesionalmente hecho, con una actividad, o varias formas de llegar a esa función, de hacer esa función. Así, si tu función es gestionar; tus actividades, tendrían que ser las que te permitan llegar a esa función.

Fuente: Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.

Este punto es importante debido a que los profesionales de trabajo social no pueden definir conceptualmente una función y asociarla con las actividades correspondientes, si uno de los objetivos de la misión es promover el derecho humano a la salud, ¿cómo se lograría si no tengo definido cual es mi función y cuales mis actividades?; ¿Qué herramientas teórico-metodológicas-conceptuales poseo para atender por medio de la intervención las problemáticas complejas de la cuestión social de los usuarios en la institución, si desconozco mis funciones como profesional dentro del Hospital?

Es perceptible la visión tradicional del trabajo social asistencial cuando se busca “el bienestar físico como psicológico de todos los pacientes” o “que los pacientes tengan lo necesario, que hagamos las gestiones para cubrir esas necesidades que ellos pueden tener”, asociadas a la formación y grado académico de los entrevistados. Por otro lado, hay quienes ven en las funciones un aporte más trascendental para trabajo social como es “el proceso metodológico del trabajo social, de investigación, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas respuestas están relacionadas con la formación, el grado de estudios, la trayectoria profesional y laboral de cada uno. Resulta contrastante tener los atributos antes mencionados y lo complicado que es definir una función de una actividad, un punto a considerar es la realidad de la profesión dentro de la institución que denota una debilidad intelectual para llevarlas a cabo de forma adecuada, por la limitante de fundamentos teórico-metodológicos como se muestra a continuación con el trabajo de Ornelas y Brain:

Respecto de las tendencias disciplinares con las que identifican su intervención profesional, 37% lo hace con el Trabajo Social tradicional, 32% con el Trabajo Social contemporáneo y 27% con el Trabajo Social reconceptualizado; este último dato llama la atención si recordamos que el Trabajo Social reconceptualizado cuestionó la intervención profesional dentro de las instituciones gubernamentales. (Ornelas & Brain, 2018, pp. 79-80)

En palabras de Ornelas y Brain (2018) la intervención es visualizada como una serie de actividades sucesivas en su mayoría carentes de referentes teóricos, sin embargo, hay profesionales que hacen uso de las teorías de sistemas, crítica, del desarrollo o ecológica para sustentarla, aunque también es posible encontrar aquellos profesionales que no posee esos conocimientos teóricos para desarrollarla y se basan en los lineamientos institucionales para suplirla.

Algo similar sucede con las metodologías, prevaleciendo las consideradas tradicionales o clásicas del trabajo social: caso grupo y comunidad, primordialmente realizan atención individualizada, con la dificultad de llevar a cabo el proceso metodológico como tal por la carga de trabajo o la interacción furtiva con el usuario aunado a una institucionalización de los procesos apropiados por los profesionales.

Implementar estas metodologías requieren de técnicas entre las que destacan la entrevista, observación, visitas domiciliarias y la sistematización; las dos primeras

asociadas a los procesos burocrático-administrativos de las instituciones y no percibidos como parte de la función de investigación. Las últimas dos se realizan en circunstancias especiales, es decir, cuando se requiere una valoración con mayor profundidad de las condiciones y el entorno de los pacientes. Dentro de las actividades principales que realizan se encuentran la orientación, información, coordinación de reuniones interdisciplinarias, donde su rol en la mayoría de los casos es de actor pasivo, elaborar material didáctico e incluso organizar festividades. Esto es un indicativo del pragmatismo en la realización de la práctica laboral, la escasa relación teórico-práctica que favorezca el crecimiento de la profesión.

Esa falta de discurso teórico, el problema de la formación académico-profesional en el ámbito de las profesiones, y las raíces culturales a considerar ponen de manifiesto la intervención del trabajador social frente al usuario, por parte de la institución, y de los otros profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos):

El discurso es un instrumento que produce poder, pero a la vez se expone a ser cuestionado, como ocurre cuando se percibe poco «saber técnico» del trabajo social para ser efectivo con los problemas que se le plantean. El lenguaje, la terminología y la jerga profesional como expresión del discurso son, a su vez, expresión concreta de poder que distancia e incomunica. (Pelegri, 2004, p. 36)

O la falta de cientificidad en su práctica profesional como lo menciona Parra:

Estos elementos presentes en la génesis de la profesión marcaron y acompañaron su desarrollo histórico: un humanismo que priorizaba al individuo y la familia, como solución de los problemas estructurales; un posicionamiento ideológico, más preocupado por identificar “virtudes” y “vicios” públicos que por la profundización teórico-científica de las situaciones ante las cuales debían intervenir; una legitimación de la práctica profesional que provenía, no de quienes recibían su intervención, sino de las clases dominantes. (Parra, 2001, p. 12)

En la siguiente tabla se exponen los sustentos teórico-metodológicos en su actuar profesional, donde se evidencia la ausencia y carencias disciplinares en la atención al usuario:

Tabla 15: Fundamentos teórico-metodológicos en la práctica laboral para atención del usuario y sus problemáticas.

Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
Refirió utilizar la Metodología de intervención individualizada	Refirió Utilizar a Ezequiel Ander Egg y Gordón.	Refirió utilizar teorías como la de sistemas. Familia, dinámica familiar, así como programas federales	Refirió utilizar: Trabajo social individualizado Tipología de familiar de Quintana, Salvador Estructura y límites familiares de Minuchin.	Refirió Considerar a Trabajo Social como disciplina, sin embargo, menciona que no se puede abonar al conocimiento de la misma si no hay una sistematización de lo que se hace para la construcción de categorías que pudieran permitir teorizar.	Refirió no utilizar ningún fundamento teórico-metodológico en su actuar profesional.	Refirió utilizar: metodología de trabajo social individualizado y de grupos. teoría de sistemas	Refirió utilizar: Trabajo social de caso.	Refirió utilizar: Metodología de Trabajo Social de caso	Refirió no poder identificarlos y estar acostumbrados a trabajar, haciendo énfasis en la palabra “acostumbrados a trabajar” una manera, de una manera “mecánica”,

Fuente: Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.

La mayoría continua trabajando con los métodos tradicionales de trabajo social (caso, grupo, comunidad) sin que sean en la actualidad las mejores opciones para responder a las problemáticas de los usuarios, esto denota la formación recibida con el grado de estudios, por su parte trabajan bajo el enfoque de la teoría de sistemas, sin especificar la corriente del autor, así como conocimientos sobre familia y dinámica familiar, esto podría entenderse como una falta de “capacidad resolutive y conocimientos profesionales” (Órnelas & Brain, 2018, p. 82)

Esto es de suma importancia ya que “el trabajo social sanitario es concebido actualmente como una especialización dentro del trabajo social y se aplica dentro de los establecimientos sanitarios tanto en la atención primaria como en la especializada” (Abreu, 2009; p. 74) razón por la cual los conocimientos formulados desde las posturas teóricas, de intervención, y las metodologías deben estar adecuadas a las necesidades de la población atendida. Los profesionales han tenido la capacidad de identificar las deficiencias de los métodos que utilizan, como se muestra en los siguientes fragmentos:

Yo creo que no. Yo te voy a decir una cosa, por ejemplo, tú conoces a Nelia Tello, y Nelia Tello trae un discurso desde que yo, desde que fue mi profesora, y actualmente trae supuestamente un modelo de intervención de trabajo social que quiere, pues que quiere implementar, no. Entonces yo me acuerdo de que cuando vino a darnos un curso aquí, sobre esa metodología, sobre esa situación, pusi, o sea, teóricamente te lo pintan muy bonito. Entonces yo alguna vez le dije a ella en una entrevista ahora pásamelo un caso, ahora pásamelo un caso porque, o sea, a mí me interesa, porque si yo tuviera el A, el B y el C para poder intervenir en un caso, pues para mí sería mucho, mucho más, mucho más fácil y sería mucho mejor. Y podría sacar, y ¿sabes cuál fue su respuesta? No, espérate implementarlo todavía va a costar mucho, mucho más tiempo, entonces, decía yo, entonces ¿qué caso tiene? Si tú estás hablando de un modelo, qué es lo que tú crees que va a pasar, pero no lo estás aplicando a un área donde tendrías que aplicarlo, que es aquí, entonces, ¿cómo sabes que ese modelo realmente va a funcionar? (Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Se desarrolla un modelo, estructurado en un tiempo-espacio específico, para cierto tipo de población y finalmente se implementa, con el mismo tiempo o quizás más del que llevo la fase de elaboración; desafortunadamente las condiciones para llevarlo a cabo no pueden ser las ideales, no adecuarse o sencillamente no tuvo el impacto esperado. Este tipo de esfuerzos son loables, aunque el beneficio profesional está basado en el funcionamiento de su práctica laboral, sin contemplar las dificultades institucionales que sueles presentarse, como se observa a continuación:

Trabajamos por costumbres, trabajamos ¿porque así lo quiero hacer? O sea, a veces me da la impresión, Si hubiera una parte científica, [...] tendríamos que tener ya un proceso, investigaciones que nos digan, a lo mejor estoy diciendo una barrabasada si tú quieres, una investigación que diga ¿cómo afecta la atención de un paciente con todas estas cosas que pido? (ríe) por ejemplo, ¿no? este, ¿qué es lo que?, ¿qué es lo que padece o qué es lo que siente el cuidador cuando llegas, cuando llega a este hospital y le niegan todo, por ejemplo? ¿no? o no le dan derecho a salir a comer, o sea, por eso te digo, estoy diciendo puras barrabasadas, pero así de simple estamos,

¿si me explico? no hay una parte de cientificidad, na-da, naaa-da. (énfasis en esta última palabra) (Entrevistada folio 10: 49 años, adscrita al servicio de Supervisión de Trabajo Social, entrevista realizada el día 4 de diciembre de 2020)

La innovación metodológica se ve detenida por las cuestiones institucionales adoptadas por el profesional, es decir, el discurso interiorizado de los usos y costumbres y si agregamos el componente de la antigüedad, son factores internos que prevalecen en el actuar del profesional porque se han establecido y legitimado por generaciones de colegas que lo han aceptado, sin la capacidad cognitiva y ética de hacer cosas diferentes por la falta de ese reconocimiento institucional, que además no se ha podido establecer porque se busca a través de mecanismos que no posibilitan explotar las habilidades y conocimientos de trabajo social

Lo que nos lleva a otro tema interesante y necesario por la situación actual que vive la profesión por el cambio de política gubernamental al entrar en vigor la gratuidad: la investigación. La revisión literaria nos arrojó esa coincidencia respecto a las funciones, lo que implica un esfuerzo para su desarrollo debido a los conocimientos que requiere, la capacidad institucional para favorecer su aplicación, demostrar su utilidad al interior y las aportaciones que traería para los profesionales y el hospital. Es necesario “pensar la investigación en Trabajo Social, ligada a la idea tanto de producción de conocimiento como de construcción y de transformación social, implica reconocer y valorar la pluralidad de enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos” (Cifuentes, 2013, p.171)

Evitar esa “tendencia empiricista y pragmática, que buscaba la investigación y la clasificación de la población atendida, tanto para el otorgamiento de subsidios y auxilios como para la prevención de riesgos sociales” (Parra, 2001, p. 13) Dejar de hacer estas funciones administrativas de clasificación y apoyo, cambiar la visión del profesional capaz de investigar conforme al proceso del método científico, ya sea con enfoque positivista (cuantitativo) o enfoque cualitativo. “Todo profesional debe hacer uso del conocimiento teórico; sin éste, el profesional sólo desarrollará una tarea intuitiva, voluntarista, sustentada en el sentido común”. (Montaño, 2017, p. 34) la teoría requiere de la práctica para evitar actuaciones basadas en el sentido común y la experiencia de situaciones que, si bien ha sido constantes, mediante el apoyo teórico pueden explicarse y proponer alternativas acordes a la realidad de la población usuaria.

En seguida se presenta la tabla sobre las aportaciones de la investigación para su desempeño laboral:

Tabla 16. Beneficios de la investigación en su desempeño profesional

Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
<p>Demostraría que eres necesario en todas las áreas, porque eres necesario en todas las áreas, hasta para conseguir recursos. Te daría muchos elementos para poder demostrar que tu carrera es versátil, y entra donde quieras, en donde se te dé la gana. Identificar aspectos culturales que favorezcan su tratamiento y expliquen el entorno social que rodea al paciente en su proceso salud-enfermedad. Contrastar la realidad del usuario mediante un instrumento como el estudio socioeconómico, con la realidad vivida en su contexto comunitario, familiar, personal. Con el trabajo comunitario observa ver factores que obstaculizan el tratamiento del paciente. Aportar elementos a las políticas públicas</p>	<p>Incidencia de situaciones a través de A través de procesos de intervención</p>	<p>Conocimiento sobre conceptos esenciales para trabajo social como son: pobreza, necesidad humana, necesidad de salud, redes de apoyo. Tener estadísticas, sobre perfil del usuario, población atendida, sobre problemas ticas sociales que afectan los tratamientos de los pacientes.</p>	<p>Conocimiento de los servicios al interior de la institución. Proyección de la carrera, así como la creación de una biblioteca propia de conocimientos obtenidos de nuestra realidad, con el ejercicio profesional de más de 70 años del Instituto.</p>	<p>Construir un vínculo entre la academia y las instituciones a partir de relación entre la práctica (empírico, experiencia) y lo teórico (teorías aplicadas a la resolución de problemáticas que afectan al usuario, metodologías sustentadas conceptual y epistemológicamente. Adquirir conocimiento, den cuenta de una realidad, hacer una teoría a lo mejor del trabajo desde el trabajo social, no, en algún momento dejemos de tomar como elementos o posturas de otras disciplinas, pasar, de ser una disciplina a pasar a ser una ciencia.</p>	<p>Conocer más a tu población, mucho más, investigación te permitiría tener marcos teóricos que, que puedas entender, los argumentos o vas a tener esa preparación para poder apoyar a esos niños, a sus familias y que esa apertura, que nos va a permitir ir conociendo, ver cuáles son sus limitaciones y en base a eso y a todo lo que tú has investigado, de cómo se da esto, puedes darle una mejor orientación a eso o una mejor intervención.</p>	<p>Entonces creo que sería un aporte muy enriquecedor para la profesión, pero creo que si nos falta profesionalizarnos en esta área para poder tener las certezas y las garantías de que vamos a estar acompañados en este protocolo</p>	<p>tendríamos más definida la parte, de la intervención. Por ejemplo, a mí me interesa ver ¿qué sucede con aquellas familias que han tenido un padecimiento crónico? ¿Qué sucede después de un evento tan grave, tan crónico, en donde hay una pérdida de un miembro? ¿Cómo esas familias pueden reincorporarse nuevamente a la vida cotidiana?, o ¿qué sucede más allá después de la muerte de alguien, por ejemplo? A mí me gustaría investigar eso.</p>	<p>Su aportación de investigación no se relaciona con alguna de los autores revisados. tendría un, un mejor diagnóstico, sobre todo, principalmente, en el caso de los pacientes candidatos a un trasplante, se tendría un mejor diagnóstico para el éxito de dicho trasplante</p>	<p>para empezar, marcaríamos una completa diferencia en la atención de salud por parte de trabajo social. Si tú hicieras una investigación de un simple caso a lo mejor te aportaría una forma de atención, incluso hasta un modelo de intervención para darle una atención a pacientes con la misma situación o con situaciones similares o con padecimientos similares. Porque cada familia es diferente, , aunque tengan el mismo diagnóstico los niños, cada familia, es totalmente distinta, distinta, no hay familias iguales. Yo creo que sería una aportación,</p>

Fuente: Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.

Los aportes que tendría la investigación son demasiados para el desempeño profesional: desde la construcción de conocimiento, incidencia en las políticas públicas, vinculación con la academia para trabajo coordinado entre los profesionales y las instituciones, mayores elementos para intervenir, un conocimiento más profundo sobre la población atendida con la capacidad de crear perfiles sociodemográficos de atención, mejores diagnósticos para tratamiento y adherencia al proceso salud enfermedad, la creación de un centro de búsqueda y acervo de trabajo social sobre las investigaciones realizadas en el HIMFG, algunos elementos de su aportación pueden identificarse para la investigación de enfoque cualitativo:

en la investigación de corte cualitativo el investigador se focaliza permanentemente en aprehender el significado que los participantes le otorgan a los problemas o fenómenos en cuestión, no en el significado que el investigador le ha dado ni en lo que expresa la literatura basada en la evidencia al respecto, así, los sujetos son ubicados en un lugar de igualdad, o incluso de prioridad respecto al investigador. (Palma, 2016, p. 35)

La investigación de corte cualitativo es una opción para fortalecer el trabajo realizado por los profesionales de trabajo social, ya que busca el significado de los usuarios respecto a la problemática que presentan, considerando aspectos de su entorno que dificulten o favorezcan el proceso de su paciente. Es otra forma de ver y atender los problemas no desde la cuantificación de un hecho, sino del significado para la persona que se ve afectada por esa situación.

El Trabajo Social bajo el poder de las instituciones y, asimismo, con el poder de la acción sobre otros, fundamentalmente los excluidos, aquellos que quedaron fuera de la racionalidad de la sociedad occidental moderna. El tema de la práctica profesional, del rol profesional, juega un papel fundamental en este contexto (Miguez, 2017, pp. 172-173)

El rol asignado por las instituciones para las cuestiones científicas no ha sido para trabajo social, debido a que la población usuaria que atiende son principalmente poblaciones con carencias, es decir, su trabajo es de contención, más que de investigación, requieren un perfil para tener cierto control con las personas que acuden a solicitar el servicio como una forma de vigilancia requerida por la institución mediante los filtros instaurados para otorgar un servicio mediante el papeleo, como refiere la siguiente cita:

La documentación constituye uno de estos mecanismos de poder de las organizaciones asimilados al trabajo profesional y quizás el más identificado con el significado popular de burocracia. El examen del cliente se complementa y valida a partir de una serie de documentos que ha de confeccionar o proporcionar el cliente. Los «papeles» (como bien saben algunos) aportan al mismo tiempo la posibilidad de ser asistido y el control por parte del asistente. Es la forma de hacer visible al cliente para incluirlo en el registro y situarlo en el sistema de vigilancia. (Pelegrí, 2004, p. 38)

Mientras las funciones burocrático-administrativas prevalezcan como forma de trabajo en las instituciones, y no se encuentre otro sentido a la aplicación del estudio socioeconómico con la gratuidad ya como ejercicio del derecho humano a la salud, seguiremos con la ideología de la asignación de cuotas, tal pareciera que no

estábamos preparados con un plan emergentes para modificar esa visión respecto al actuar profesional, por lo que “la relación práctica-investigación-fines la que permite pensarnos integralmente, evitar la dispersión y la difusión de la identidad, construir pertenencia como colectivo y ganar en calidad académica y profesional”. (Cifuentes: 2013; p. 168) por lo que se requiere de iniciar con las investigaciones, ya sean de corte cualitativo o cuantitativo, sugiriendo la segunda debido a que:

limitar la investigación a lo cuantitativo en este ámbito ya que la concepción de salud que se busca en salud pública involucra a seres humanos particulares, por lo tanto, no puede conformarse con la distribución de enfermedades y factores de riesgo, sino que, necesariamente debe tener como punto de inicio el conocimiento de la representación simbólica que las diferentes personas, grupos, comunidades y sociedades tienen de su salud y el modo de construirla (Palma, 2016, p. 26).

4.2 Trabajo social, política pública y salud en el desempeño de las funciones del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Uno de los términos que suele utilizarse con cierta indistinción es el de política pública. Como parte de la estructura orgánica en las instituciones, trabajo social tiene la misión de aplicar la política de salud para el ejercicio del derecho humano a la salud por parte de los usuarios. “El Trabajo Social y la política pública se puede entender en un ejercicio de deliberación que fija criterios de efectividad y orienta acciones del Estado para resolver o aminorar problemas sociales” (Cruz, 2019, p. 107)

Esos problemas que trata de resolver el Estado mediante las políticas públicas para tener acceso a los derechos sociales pueden encontrar aportaciones valiosas mediante la investigación para los procesos de las políticas públicas, lo que sería un incentivo más para realizarlas

la investigación en política pública en general, y en salud pública en particular, ocurre dentro de una sociedad específica en la que se busca entender los problemas sociales y de salud, para responder a ellos en tanto fenómenos que infligen sufrimiento a seres humanos que son sujetos de derechos. (Palma, 2016, p. 34)

Se busca mediante esa investigación lograr que las personas se vuelvan sujetos de derecho y no pacientes de estado, en espera de recibir un beneficio de acuerdo con los procedimientos institucionales y por el actuar del trabajador social. De tal manera que es importante conocer las definiciones de políticas públicas para tener una idea de cuál es la perspectiva de su enfoque, los actores participantes, los procesos contenidos en ellas.

Para García y Piña la política pública

connota la asunción de determinada postura por parte de una autoridad respecto de una diversidad de asuntos que son de interés público, misma que se plasma en un programa de acción en el que se delinea por qué se quiere hacer algo con relación a

esos asuntos, qué se quiere hacer, cómo, dónde, con quiénes o para quiénes (García & Piña, 2012, p. 196)

Esta definición ejemplifica la postura desde arriba en los procesos de las políticas públicas, es decir, la autoridad correspondiente (gobierno) marca la línea de atención de en los asuntos públicos (problemas sociales), con la población que consideran amerita esta atención, la población se considera pasiva y no es contemplada en alguno de los procesos de esta, en pocas palabras, los ciudadanos están sujetos a los lineamientos que se establecen desde la postura de la autoridad federal.

Mientras tanto la Organización Panamericana de la Salud concibe así la política pública:

un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas por cualquiera de las ramas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación. (2007, p. 314)

Una definición más completa, pero mantiene la misma esencia de la perspectiva desde arriba, desde el nivel federal se formulan los elementos para esa política públicas, su implementación con las estrategias correspondientes para lograr el resultado deseado, todo ello administrado desde el gobierno, no hay incorporación de la participación ciudadana, la democracia y la gobernanza.

Por su parte la perspectiva desde abajo en las políticas públicas incluye a los elementos mencionados en el párrafo anterior. Un ejemplo de esa perspectiva se presenta a continuación:

- Se originan en la constelación de demandas sociales.
- En el conflicto de intereses de los diversos actores.
- El gobierno actúa en función de las presiones de los grupos sociales en un juego de suma positiva; es decir, que lo que gane uno, no lo pierda el otro, sino que exista redistribución, equilibrio y negociación
- Para que los actores puedan influir requieren desarrollar capacidades técnicas, políticas y organizacionales.
- Los gobiernos deben de desarrollar la capacidad de aprovecharlas productivamente para el conjunto social. (Canto, 2014, pp. 42-43)

Se presenta a continuación la tabla 17 con las definiciones de los trabajadores sociales para identificar la perspectiva de las políticas públicas:

Tabla 17. Definición de política pública desde su experiencia en la práctica laboral

Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
<p>Acciones y estrategias, dirigidas a resolver una situación problemática particular, pero atrás debe de tener un estudio muy claro de porque se genera ese problema, que lo causa, y que realmente esa política pública vaya enfocada directamente a la situación que quieres resolver, quieres mejorar, o quieres incidir. Para mí son acciones y estrategias encaminadas a ese problema.</p>	<p>Va enfocada al bienestar de la sociedad, de la comunidad, y uno de los aspectos básicos para ellos es la salud. Se supone que el Plan de Desarrollo dice que debe haber salud para todos a partir del año 2000, tomando en cuenta la equidad, llegando pues a todas las comunidades y a la población en general. Entonces esas políticas precisamente se enfocan este a que la gente tenga bienestar.</p>	<p>Lo que regula las formas de cómo se pueden dar y lo que rigen los procedimientos para poder darle el beneficio, en este caso de salud a la población en general. Sería como una rectoría.</p>	<p>Las acciones que se van a aplicar directamente con las poblaciones usuarias de los institutos, sería como una guía, lo entendería como una guía para el ejercicio de estos programas de ya la parte operativa en relación a los servicios de salud.</p>	<p>Son acciones que va haciendo el gobierno o que va determinando el gobierno para el beneficio, en este caso, pues de la niñez mexicana o en este caso de los pacientes que acuden aquí al hospital, son estrategias que utiliza el gobierno.</p>	<p>Es un seguir que te, determina o que te da el Gobierno, una regla, que tienes que seguir, es algo que te tienes que apegar a ella, y que es directamente de nuestro gobierno, emana del gobierno.</p>	<p>Es un conjunto de acciones y, un conjunto de lineamientos que influyen o inciden en la toma de decisiones de un gobierno federal, local, municipal.</p>	<p>Toda aquella política que de alguna manera se puede hacer para beneficio de las personas con alguna enfermedad, los medios, las instituciones, los recursos para poder aplicarle a ese padecimiento esa atención en la salud de las personas enfermas,</p>	<p>Son acciones encaminadas a mejorar el bienestar de la sociedad, viene relacionado con lo político, pues inmediatamente se me vienen a la mente lo social y lo social, pues está conformado por individuos.</p>	<p>Son todos, los lineamientos que están enfocados al beneficio de la gente en general, de, cualquier persona que pueda requerir un buen servicio del hospital</p>
<p>Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.</p>									

Hay aspectos interesantes a destacar en las definiciones de los profesionales de trabajo social. El primero de ellos es la perspectiva de las políticas “desde arriba”, esto nos indica la visión gubernamental sobre los diferentes procesos de las políticas públicas que trasciende hasta al ámbito institucional, donde las autoridades correspondientes las implementan, en la mayoría de los casos sin consultar a los demás profesionales que pueden aportar conocimiento desde su práctica.

Un segundo punto es que son consideradas sinónimos de las políticas institucionales. Si bien, la política al interior del hospital es un elemento de la política pública para su aplicación, no se podrían considerar sinónimos, ya que la institución atiende desde un aspecto micro social los problemas de salud (enfermedad), parte de lo que engloba el término salud, la atención médica no podría considerarse como el acceso a ese derecho humano por el simple hecho de recibir una atención hospitalaria como lo expresan los testimonios de los entrevistados, implica trato con dignidad, verlo como sujeto de derecho, favorecerlo en los procesos de tratamiento y rehabilitación.

Un tercer aspecto se relaciona con el objetivo de las políticas públicas hacia la atención hospitalaria, identificadas más la actividad laboral que desarrollan en su práctica cotidiana, es decir, asociada a las interacciones con el usuario en los diferentes procesos que se realizan en el interior de la institución.

El cuarto punto fue la no integración de otros actores partícipes en los diferentes procesos de la política pública. No se incluyó a los usuarios, académicos, profesionales de otras disciplinas, la sociedad civil, ni la población beneficiaria de tales políticas. Su definición llevaba una visión tradicional de Estado como proveedor de servicios a sus gobernados. A continuación, se presentan fragmentos de la aplicación práctica de la política pública en el ámbito laboral.

hacer llegar a la población el tratamiento que requiere, o sea, si estoy inserta en una institución que de hecho tendría que, tendría que tener todo lo necesario para la atención del paciente. Sin embargo, mi injerencia es, si no lo hay aquí, buscar alternativas externas, para que ese ese derecho que tiene el paciente y su familia puedan hacerse llegar cubrir la necesidad que el paciente tenga, por ejemplo, tratamientos, quimioterapias, estudios externos sabes, gestionar toda esa parte (Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020)

Aquí se observa una de las limitaciones de las políticas públicas en los problemas de administración de medicamentos por parte de los hospitales, debido a esto trabajo social se encarga de gestionar los recursos con instituciones de asistencia privada para brindar ese servicio y sufragar esa carencia que obstaculiza el derecho a la salud de los usuarios, razón por la cual se expone la siguiente tabla ejemplificando la relación existente entre la política pública y la salud, desde la práctica laboral de los profesionales de trabajo social.

Tabla 18. Relación entre política pública y salud desde la práctica laboral del profesional de trabajo social.

	Respuesta	Puntos importantes	Observaciones
Folio 01	No	Planteo la siguiente interrogante: ¿qué programas por ejemplo para diabetes, para obesidad, para todos esos programas, problemas de salud que ahorita se están presentando existen, y si realmente tienen un impacto real en lo que buscan? Tiene una visión de las políticas públicas de la perspectiva "desde abajo"	Las políticas públicas tendrían que ir en función de la necesidad de la población, y en busca de lo que la población necesita, y más en el área de salud, pero muchas veces desde mi punto de vista, no hay una relación entre una y otra.
Folio 02	No	Su definición de política pública fue con una perspectiva desde arriba, su respuesta en esta categoría tiene una tendencia hacia la perspectiva desde-abajo	Porque lamentablemente mucha de la gente que se sienta a hacer las políticas en ese sentido, pues no conoce esa con exactitud la realidad en la cual estamos inmersos.
Folio 03	Ninguna en específico	Desconocimiento del concepto de políticas públicas aplicadas a la salud.	
Folio 04	Debe de haberla	La política pública no es entendida como tal, sino más bien cada profesional la entiende desde su perspectiva en los diferentes procesos.	Diferencia entre lo que se entiende sobre política pública y sobre la aplicación de la política pública, aunque esté escrito, digámoslo así, cada uno lo entiende y lo lleva a cabo, pero de diferente manera
Folio 05	Sí	Destaca el aspecto preventivo por medio de la educación para la salud como parte de los procesos de las políticas públicas.	Las cuestiones genéticas no son contempladas en los procesos de las políticas públicas
Folio 06	Sí, (en primera instancia había respondido que no)	Quizás de forma circunstancial menciona la relación que se establece en el quehacer profesional del TS, con la relación política pública- salud.	Las normas institucionales son desde la perspectiva de la entrevistada las que marcan la relación política pública-Salud.
Folio 07	Sí	Ve a los profesionales de TS como facilitadores del derecho humana la salud, en esta relación entre política pública- salud	Al ser un hospital que está alguna manera vinculada a la Secretaría de Salud, al Gobierno federal, pues las decisiones que se toman en materia de contratación de personal, en materia de atención de ciertos diagnósticos, ciertos de selección para dar atención a los pacientes, hay una correlación entre lo que te permite hacer el gobierno o lo que te permiten brindar al gobierno, ciertos servicios a cierta población, y los propios lineamientos o el propio reglamento que tiene la institución.
Folio 08	Es decepcionante	Percibe a las instituciones como limitantes en cuestión de recursos, lo que deriva en gestiones para la obtención de los insumos requeridos en los tratamientos de los pacientes.	Nos dicen existen estos recursos, pero finalmente no se aplica muchas veces, tienes que gestionar y mover a mucha gente a veces para que puedas obtener lo que tú necesitas, que eso es lo que en un momento dado sí a veces te desilusiona, porque tú sientes que vas en contra de la corriente, no puedes ir conforme a la necesidad de la familia del paciente
Folio 09	Sí	Su perspectiva está enfocada al bienestar de la población a través de las acciones del gobierno.	La visión hacia arriba de las políticas y su relación con la salud, prevalecen en su definición.
Folio 10	Sí	Sí soy un hospital público, pues tendría derecho a todo, todo paciente en este hospital de tener la atención en las condiciones que sean, en las condiciones que sea y sobre todo en igualdad de circunstancias. O sea, si una persona tiene o no tiene los recursos, se le tiene que atender exactamente igual (enfoque de derechos)	La relación es basada en la atención del paciente como derecho, que si está bien, pero deja de lado los demás factores que los considera en el siguiente punto.

Elaboración propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.

Es importante mencionar en relación a la tabla 17 sobre las definiciones de política pública que proporcionaron los profesionales de trabajo social, predominaba la perspectiva “desde arriba”, sin embargo en la tabla 18 consideran que no hay una relación entre lo que sería la política pública y salud, expresan problemas en la formulación de las políticas por un desconocimiento de la población beneficiaria, información que soporte su toma de decisiones, “estos planteamientos evocan la responsabilidad y obligación que tienen los Estados para garantizar que los sujetos tengan los escenarios, canales y medidas necesarias para intervenir en las decisiones políticas que les afectan”. (Cruz, 2019, p. 99)

Las políticas institucionales se vuelven a entrelazar con la política pública como definición de acuerdo la percepción de los profesionales de trabajo social, esto se explica por las normas institucionales aplicadas en los procesos de atención al usuario, nuevamente reduciendo la amplitud y profundidad que tiene las políticas públicas y su impacto en las funciones del trabajador social:

Son necesarias políticas sociales que respalden con mayor urgencia las acciones promovidas en los abordajes interdisciplinarios interinstitucionales e intersectoriales. En este sentido en el armado de estrategias de los trabajadores sociales uno de los obstáculos fundamentales, consiste el acceso los recursos y en el tiempo que demoran las gestiones. Los tiempos estipulados en el trabajo asistencial se transforman en extemporáneos y ajenos a la respuesta que requieren las situaciones singulares. (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 37)

Los abordajes integrales en la institución son necesarios para atender situaciones de los usuarios mediante el conocimiento teórico-metodológico y de la práctica laboral, generado a través de la formación académica y la observación directa con la interacción del profesional de trabajo social en de la aplicación de la política pública. La investigación se vuelve una parte esencial que permita ir más allá con elementos que permitan incidir con los usuarios en las problemáticas que presentan

Un aspecto a destacar en la relación entre política pública y salud, la cuestión genética para el tratamiento, prevención y rehabilitación de las enfermedades, aspectos considerados por el profesional de trabajo social durante su entrevista para la elaboración del informe social, donde se plasma esta información para ser considerada como una aportación en la intervención con los usuarios y podría utilizarse para la investigación como fundamento para sus actuaciones profesionales en la institución y porque no para el proceso de elaboración de las políticas públicas.

Por otro lado, es interesante ver como la definición de política pública con perspectiva “desde abajo”, no considera que haya una relación con la salud desde la práctica laboral, debido a las situaciones que se presentan en el ámbito institucional, como son, la búsqueda externa de recursos económico, estudios extramuros, complejidades de la familia en el proceso salud-enfermedad. Esto nos lleva al siguiente punto estrechamente ligado con la salud y la política pública: la inserción del trabajador social en las políticas públicas desde su quehacer profesional.

No se podría establecer dicha relación si no hubiera elementos observables en la práctica laboral, por ejemplo, la política pública del seguro popular fue discriminatoria, al considerar solamente la atención gratuita a los menores de 5 años; redujo el número de cirugías para diagnósticos complejos de cinco a sólo una, no tiene cobertura para estudios extrainstitucionales de costo elevado que requieren los usuarios.

Veremos en la siguiente tabla que parte del proceso de las políticas públicas se insertaría el trabajador social desde la experiencia en su práctica laboral

Tabla 19. Inserción de trabajo social en las políticas públicas.

	Respuesta	Proceso de la política pública.
Folio 01	Trabajo social tendría una participación muy importante en esa investigación en el estado de bienestar de la población, porque, con el trabajo que haces diariamente evalúas las condiciones socioeconómicas de un sistema familiar, también tratas de buscar o conocer cuál es el medio ambiente que rodea a esa familia, con las estrategias para incidir en las comunidades, no solo ver aspectos teóricos, sino tú puedes ir a las comunidades y directamente levantar tu muestra, trabajar con la gente, investigar, y darte cuenta del medio ambiente que rodea a la población.	Elaboración. Tienes un conocimiento general que te puede ayudar en un momento dado a incidir en las políticas públicas, serías un elemento muy importante que podría aportar conocimiento, datos más objetivos, y más verídicos de las situaciones que se están dando.
Folio 02	Yo creo que sí es importante nuestra participación como profesionales, porque uno de nuestros roles precisamente que nosotros vamos hombro a hombro con la gente, con la comunidad, con la sociedad, y nos damos cuenta perfectamente de las necesidades, de las carencias que tiene la gente.	Elaboración. Somos como la lupa que va detectando qué problemas van ocurriendo en el proceso de salud-enfermedad. Entonces creo que todo eso nos ayudaría, así como en el equipo interdisciplinario, ayudaría a la elaboración de las políticas en salud.
Folio 03	Lo ideal sería que inclusive sería hasta para la formulación de estas políticas públicas.	Elaboración/ejecución/evaluación. Porque nosotros vemos las necesidades de la población en sí, y desde la formulación de éstas, inclusive hasta la aplicación, y la vigilancia
Folio 04	Ejecución con acciones concretas, es sólo el estudio socioeconómico que tenemos señalado como una acción principal, sino es la orientación, la promoción de acciones de salud, desde el diálogo con el usuario, eres la cara de la institución, solicitando los requisitos institucionales, informando de los programas de subsidio social a nivel federal o local. Nosotros estaríamos clarificando al usuario en la relación que pudiera existir de política pública a la acción concreta de un servicio que se otorga en el sector salud.	Ejecución. Ejecución de acciones concretas con los usuarios, porque somos totalmente operativos
Folio 05	Ser facilitadores de ese acceso a la salud que tienen las personas. Y no ser obstáculo para que ellos puedan ejercer su derecho a la salud.	Ejecución. Yo sería como el instrumento para que ellos puedan acceder a la salud de una manera más que de manera óptima o favorable
Folio 06	pues sí, porque yo me apegó a lo mejor no en todas las políticas, pero sí en un momento, si hay una relación en cuanto a que, si este hospital está marcado para pacientes que no son derechohabientes, eso es algo a lo que te estás, muy pegado, que eso de hecho, es una de las cosas que tenemos ahorita muy remarcadas y está dentro de una política de, de una política social: que es salud para todos y equidad.	Ejecución. Pues yo creo que ahí sí puede entrar lo que nuestra participación, porque también de nosotros va a depender que esa equidad se de.
Folio 07	Pues creo que podría incidir en la parte de la gestión. el hospital carece de una serie de medicamentos, recursos e insumos.	Elaboración/ejecución. potencializar el actuar del trabajador social para gestionar, para intervenir, para incidir en materia pública, la exigencia de esos recursos o el desabasto de ciertos recursos, lejos de que exista un área designada como compras, planeaciones, etcétera, que a lo mejor desconocen ¿cuál es el gasto que se tiene en materia de salud para un chavito oncológico con un tratamiento o con un presupuesto asignado, a lo mejor al año? Pero si ese chavito al año ya se acabó el recurso destinado para el paciente, porque requería un tratamiento muy caro, como factor, como medicamento, como ciclosporina para un trasplante, porque no hay. Creo que ahí podríamos incidir desde la parte, no desde la parte social.
Folio 08	Somos empleados de una institución de salud ¿no?, que finalmente estamos aquí para poder atender a las familias de los pacientes enfermos crónicos. Porque en nuestra institución es una institución de tercer nivel, entonces, en ese sentido, nosotros ahí aplicamos como servidores públicos, estamos para servir, para orientar, para gestionar, para poder hacer que el individuo, en este caso paciente y familia, pueda en un momento tener, heee las necesidades como institución, aplicar esos recursos a las familias, al paciente.	Ejecución. Como servidores públicos, estamos para servir, para orientar, para gestionar, para poder hacer que el individuo, en este caso paciente y familia, pueda en un momento tener, heee las necesidades como institución, aplicar esos recursos a las familias, al paciente.
Folio 09	Por ejemplo, algo de aquí, en este servicio de lo que está relacionado con la política, es la función o la relación que se tiene con el Centro Nacional de Trasplantes, su modo de actuar o regular un trasplante, va muy relacionado pues al bienestar de las personas y eso eh, está contemplado dentro de lo que creo que es una política pública.	Ejecución/implementación. la función o la relación que se tiene con el Centro Nacional de Trasplantes, su modo de actuar o regular un trasplante, va muy relacionado pues al bienestar de las personas y eso eh, está contemplado dentro de lo que creo que es una política pública.
Folio 10	Yo creo que en la parte de orientar a la gente a ejercer su derecho a la salud, creo que es la parte que nos corresponde, en cuanto a políticas públicas, yo creo que el trabajo social tiene, tienen la opción no solamente de hacer lo que dice la política pública, sino de proponer algunas otras cosas para las políticas públicas en cuestión de derecho a la salud y en cuestión a lo que es toda la parte social que impacta, o más bien toda la parte de salud o del proceso salud-enfermedad que puede impactar a lo social del caso del paciente, yo creo que ahí tendríamos que, la oportunidad de proponer a las políticas públicas que es lo que podría hacerse con un paciente en tales circunstancias.	Elaboración/ejecución. El trabajo social tiene, tienen la opción no solamente de hacer lo que dice la política pública, sino de proponer algunas otras cosas para las políticas públicas en cuestión de derecho a la salud y en cuestión a lo que es toda la parte social que impacta, o más bien toda la parte de salud o del proceso salud-enfermedad que puede impactar a lo social del caso del paciente, yo creo que ahí tendríamos que, la oportunidad de proponer a las políticas públicas que es lo que podría hacerse con un paciente en tales circunstancias
Elaboración: propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.		

De acuerdo con Cardozo, las políticas públicas llevan tres procesos a grandes rasgos:

- La formulación (análisis ex-ante, tomando como referencia la acción), que se basa en un diagnóstico y definición del problema, para generar y analizar sus alternativas de solución; de manera de seleccionar la que se considere más apropiada.
- La implementación, que debería corresponder a la puesta en práctica y control de la formulación anterior (en forma concomitante) mediante la toma de decisiones operativas y acciones concretas destinadas a incidir en el problema público original; pero que en la práctica suelen apartarse de la misma en distintos grados y por razones diversas (problemas del diseño, juegos políticos, recursos inadecuados, etcétera).
- La evaluación (estudio ex-post), que permite medir los resultados e impactos alcanzados, describir el proceso desarrollado, explicar sus determinantes y condicionantes, y calificar su grado de efectividad; para decidir si conviene seguir aplicándola, con o sin modificaciones, o amerita su terminación o sustitución (Cardozo, 2013, p. 41)

Considerando esos pasos, los trabajadores sociales tendrían su inserción en los procesos de formulación e implementación, el primero de ellos por ese conocimiento sobre la población atendida en las instituciones; en el segundo por la aplicación de la política pública de salud, en estos procesos no se aprecian los elementos de participación ciudadana, la democracia y la gobernanza como parte de sus fases.

Respecto a la parte de ejecución, “el Estado requiere de un profesional con características ejecutivas para la implementación de políticas sociales que permitan el enfrentamiento de la “cuestión social”. (Parra, 2001, p. 19) no se trata de un profesional de burocrático, atendiendo cuestiones de papeleo y apoyos emergentes, los cuales tienen cierta relevancia en las instituciones, pero no tienen la capacidad de atender la cuestión social:

Entendemos por cuestión social la expresión de las desigualdades inherentes al desarrollo del sistema capitalista, manifestación de las relaciones sociales y producto de la relación entre capital y trabajo. La eclosión de la cuestión social, a mediados del siglo XIX, y teniendo como marco un intenso proceso de urbanización e industrialización, demandó una intervención desde el Estado, diferente a la tradicional caridad o filantropía, o al reiterado recurso a la represión y la violencia (Parra, 2017, 19)

Ese entramado de cuestiones que se derivan en una sola; los problemas sociales, no pueden ser atendidas mediante el empirismo, el pragmatismo resolutivo, cuestiones partidistas o relaciones de poder, es necesario profesionales con recursos intelectuales para afrontar situaciones y proponer alternativas al usuario, un compromiso ético con su actividad laboral:

desde nuestra práctica profesional podemos contribuir para este proceso, superando las perspectivas fatalistas (nada es posible hacer) o mesiánicas (los trabajadores sociales transformaremos la sociedad), pero sí con una participación activa, teóricamente sustentada que nos permita la lectura permanente de la realidad y la construcción de mediaciones que contribuyan al real ejercicio democrático y a la consolidación de una ciudadanía activa, a través de estrategias de acción viables

asentadas en los valores fundamentales del ser humano como sujeto histórico, social y político. (Parra, 2017, pp. 26-27)

La posibilidad del cambio está ahí, sin detenernos en cuestiones gremialistas o idealistas sobre el deber ser, sino basadas en conocimientos de la realidad sobre los usuarios, los contextos donde transitan, elementos a considerar en las políticas públicas para dejar de lado la visión de sujeto con necesidades que requiere de apoyos condicionados por un papeleo bajo parámetros de exclusión y favorecer su derecho humano a la salud para volverse ciudadanos.

Ser “el intelectual, y principalmente el cientista social debe ser, por tanto, una persona capaz de construir conocimiento que permita resolver problemas. (Matus: 1995; p. 53) esto se puede lograr a través de la fundamentación teórica y la investigación. Cuando acude un usuario al hospital explicando su situación socioeconómica, lo escuchamos de forma diferente, tratamos de enfocar su percepción en intervenciones que permitan favorecer su proceso en la institución. Esa especificidad de cada usuario me permite conocer a través de ellos su entorno y la forma afrontar sus problemas, miedos y angustias más allá de solo enfocarse a la enfermedad del paciente.

Esto también trae consigo una serie de situaciones no reveladas sobre la implementación de la política pública de salud. Acude el usuario solicitando un servicio que por derecho le corresponde, y solicito por lineamiento institucional una documentación que contiene un formato de no vigencia IMSS e ISSSTE de ambos padres; la madre lleva 10 años separada por violencia familiar, entabló una demanda, y desde esa fecha no tiene información sobre él. Sin embargo, insisto en que debe de traer ese documento para validar su derecho a la salud. Si bien es cierto que la política de gratuidad enfatiza en la población no beneficiaria de seguridad social, no incorpora los contextos de los usuarios en la fase de implementación como el mencionado anteriormente.

Otro ejemplo es el siguiente: acude de urgencia el usuario hablante del idioma Náhuatl, proviene de una región de estado de Puebla en la serranía, donde culturalmente el cuidado de los hijos y las actividades del hogar corresponden a la mujer; la manutención y rol de proveedor económico al hombre, tienen cuatro hijos más, no hay redes de apoyo social, su economía es precaria, no saben utilizar las tecnologías de la información, no por ignorancia, sino por falta de acceso a ellas, sabiendo cual es el contexto, le pido acudir a su domicilio a más de cuatro horas de distancia e ir al café internet para realizar el trámite correspondiente, no se incluye el enfoque de derechos en los procesos de elaboración e implementación de la política pública.

Para finalizar este punto, quisiéramos terminar con una información alarmante para los profesionales que trabajamos en la institución, acerca de las políticas de salud conocidas, fue revelador las aportaciones de los profesionales. Desempeñamos nuestro actuar profesional en una institución de salud y desconocemos las políticas

públicas que son parte de ese actuar. En seguida se presenta la tabla sobre las políticas de salud conocidas por el profesional de trabajo social en su práctica laboral.

Tabla 20. Políticas de salud conocidas por el profesional de trabajo social en su práctica laboral

	Políticas públicas de salud conocidas.	Información importante.
Folio 01	Los diferentes niveles de atención que tiene que dar el sector salud, la política de todos tenemos derecho a la salud si, sin considerar creencias religiosas, tu etnia o tu situación socioeconómica, que el Estado debe de garantizar a la población la salud, y por eso surge el Seguro Popular que parte de poder apoyar, darle a la gente que tiene tratamientos muy costosos el acceso a esa salud sin que a ellos le cueste.	Menciono el Seguro Popular como política pública de salud propia de su actuar profesional, además del Estado como proveedor de ese derecho a la salud.
Folio 02	Las políticas públicas van dirigidas precisamente más a los grupos vulnerables, a los adolescentes, a las mamás adolescentes, a los niños, a los adultos mayores.	Si tú no tienes un trabajo, pues obviamente no vas a tener la economía necesaria para poder tener un acceso de salud, ya que aquí hay poblaciones que vienen de áreas rurales, del interior de la República y a veces los centros de salud, a veces que la atención primaria donde se ve el grueso de la población no tiene lo indispensable para poderse atender.
Folio 03	El Seguro Popular y ahorita lo del INSABI serían, las básicas que tuvimos en estos últimos tiempos.	Solo asocia al desaparecido Seguro Popular (ahora INSABI) como política pública conocida.
Folio 04	La política relativa a nivel sectorial pensaría yo que en la salud sería la parte preventiva, la parte de rehabilitación o tercer nivel que estamos nosotros, y pues o sea yo enfocándome a los niveles de atención médica	La política pública asociada a niveles de atención médica y a una cuestión preventiva.
Folio 05	Buena pregunta, no tendría elemento, no tendría elemento para contestarte eso, si,	Desconocimiento de la política pública relativa a su actividad laboral
Folio 06	Políticas públicas de salud, no, me brinco esa	No pudo mencionar ninguna política de salud
Folio 07	Yo tengo la certeza de que existe una política pública que garantice el acceso a la salud de un niño, pues si no es a través del cuarto constitucional, pero ¿cómo se liga?, no sé. Sé que hay un Plan Nacional de Desarrollo, un programa sectorial que, a su vez, tiene que aterrizar en la institución y desde el área directiva se tendría que trabajar un programa anual de trabajo contemplado con metas, alineado a ciertos objetivos, etcétera. Pero, pero, si tú me preguntas, dime tres. No, no se la neta.	Hace falta impulsar desde un área directiva que el personal conociera justamente qué políticas públicas existen, y de cuales podemos echar mano, no.
Folio 08	El Seguro Popular en este caso que ahora es el INSABI	Menciono programas de apoyo como son: los grupos de bienestar social que tiene el gobierno apoyo, no sólo para la gente con discapacidades. También hay apoyos para los, en este caso para los niños de primaria, secundaria, las becas que otorgan el gobierno hasta nivel superior, los programas que hay en el campo, que son todos aquellos programas que dan para la gente de Prosperar.
Folio 09	Principalmente todo lo relacionado, lo que viene en enmarcado en la constitución de, y nuevamente volvemos al, al, bienestar de los, de las personas, o de los de los individuos.	No mencionó ninguna en específico
Folio 10	La gratuidad, en su momento, lo que fue el seguro popular, el derecho de los pacientes a tener no solamente una opinión de este hospital en Latinoamérica, sino de otra. En su momento la política pública de que cada paciente pueda pagar de acuerdo a su situación socioeconómica.	Hay una confusión entre política pública de salud y políticas institucionales.
Elaboración: propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.		

Es preocupante el desconocimiento de las políticas de salud aplicadas a la práctica laboral, se tiene una información parcial respecto a las mismas que determinan su práctica en la institución. El INSABI es la política de salud que conocen (anteriormente llamada Seguro Popular) y hubo quien definitivamente no pudo mencionar alguna, esto quiere decir que se trabaja sin fundamento legal administrativo sobre lo que hacemos en la práctica cotidiana, este factor también se observó al definir la función su práctica laboral.

Esa política tiene sus deficiencias, una de ellas fue el rezago en las reglas de operación para implementarla; los mandos medios y superiores fueron los primeros en ser informados de la ejecución del programa, canalizando esa información al personal operativo que sin un conocimiento total de su aplicación la ha ejercido de forma parcial, que si bien tiene aspectos relacionados con el Derecho Humano a la Salud en lo referente a la atención médica, como son estudios de laboratorio y especializados, medicamentos para la población no beneficiaria con seguridad social: IMSS, ISSSTE, ISSEMyM, PEMEX, Policía Bancaria e Industrial, por mencionar los más recurrentes; deja de lado uno de los aspectos esenciales, que es

El objetivo del desarrollo humano es el disfrute por todas las personas de todas las libertades fundamentales, como la de tener la posibilidad de atender las necesidades físicas o de evitar las enfermedades prevenibles. También incluye las oportunidades para mejorar en la vida, como las que brindan la escolarización, las garantías de igualdad y un sistema de justicia que funcione. (ONU, 2006; p. 7)

Es decir, esas reglas de operación deben estar elaboradas contemplando la integralidad de los otros derechos, no solo enfocarse a la salud con el beneficio de la gratuidad. Para otorgar ese beneficio a los pacientes de nuevo ingreso, es necesario presentar los oficios de no vigencia, es decir, debe constar que no cuenta con seguridad social, de lo contrario serán referidos a la institución que presta su servicio. En el caso de los pacientes ya tratados en el hospital antes del año de promulgación de esta política (2019) no era necesario presentar estos oficios. La gratuidad trajo consigo un enfoque diferente para el estudio socioeconómico, ya que su función principal como instrumento para asignar cuotas de recuperación no sería necesaria, esto sin duda es de suma importancia para lograr una fundamentación sobre el trabajo realizado en la institución con la intención de llenar esos vacíos teórico-metodológico-conceptuales que persisten en el departamento.

4.3 Trabajo social, derecho humano a la salud y enfoque de derechos en la práctica laboral del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Al estar insertos los profesionales de trabajo social en una institución de salud, es casi obligado preguntar ¿cómo definen la salud?, ya que desde su concepción delimitan la atención al usuario y su perspectiva de lo que sería el enfoque de derechos y el derecho humano a la salud.

La Organización Mundial de la Salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2020) la salud no se define por una enfermedad, sino por el entorno que rodea ese padecimiento, desde su estado físico, emocional y social, esta definición data del año 1948 y no ha sido modificada, por lo que no se ajusta a las condiciones modernas que implica el termino salud.

Por su parte otro organismo regional, vinculado con la OMS, la Organización Panamericana de la Salud la define como:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OPS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata; 1978)

Aquí ya se considera como un derecho humano, relacionado no solo con la economía, sino también lo social, persiste la idea original de la OMS, pero el agregado de derecho humano le da un componente de universalidad, es decir, obligatorio independientemente del lugar donde nos encontremos.

Una definición más actualizada es la siguiente: “consideramos a la salud desde una perspectiva integral, como un campo tensionado por componentes históricos, culturales, sociales, económicos y políticos. Desde esta visión, la salud se asocia a la posibilidad y exigibilidad del ejercicio de los derechos” (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 27) la cuestión social está presente, la salud se asocia a otros derechos que además deben ser exigidos, es decir, se menciona ya la ciudadanía. Por lo que presentamos las definiciones de salud de los profesionales de trabajo social:

Tabla 21. Definición de salud de los profesionales de trabajo social desde su práctica laboral.

Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
Que tengas lo necesario para poder cubrir sus necesidades, tanto personales, como fisiológicas, como laborales, porque, porque yo no creo que si analizáramos lo que requerimos para poder vivir realmente con una salud plena, desde que nos faltan recursos, desde que no tenemos las mismas oportunidades laborales o de trabajo, por eso para mí la salud es que hasta cierto punto tú puedas cubrir tus necesidades básicas, tus necesidades personales, tus necesidades laborales, y puedes decir que físicas, y puedes decir que eres saludable	La OMS dice que es el Estado de bienestar, no solamente la ausencia de algún padecimiento o enfermedad. Sin embargo, este bueno el enfoque biologicista que dice solamente se enfocaba lo que era la anatomía, fisiología de las personas. Sin embargo, nosotros ya consideramos otro o englobamos otros aspectos, aspectos sociales, aspectos culturales, este, familiares, este, entre otros.	El estado íntegro de no enfermedad, pero no solamente biológico, sino también lo emocional, básicamente eso	Sería un estado de bienestar en cada una de las esferas del ser humano, entiendo tanto biológico, social como en su relación con el medio, en el ejercicio de sus derechos hablando de acceso a la recreación, a servicios de salud, acceso a educación, a trabajo, creo yo que constituiría así, que englobaría esa parte	Es el estado, pues, óptimo que tienen las personas, no solamente de cuestiones físicas, sino también las cuestiones emocionales, que la persona tenga cubiertas estas partes físicas, emocionales. Y podrían existir algunos otros factores, como el económica, las cuestiones culturales que de una u otra forma, pues e inciden para que exista o no exista salud.	es un derecho, la salud es bienestar, la salud es, Lo que todo ser humano tendría que, que perseguir ¿no?, o sea, sería lo máximo, con la salud puedes hacer, teniendo todo.	Más que un proceso biosocial, biopsicosocial, creo que tiene que ver con un proceso mmm, biosociocultural. Entonces, más allá de lo que se entiende, tanto la medicina como el proceso de ausencia de la enfermedad, creo que tienen que o tendríamos que replantearnos nosotros desde esta parte de los derechos humanos, de la parte social, que es un proceso en el que influyen la dinámica cultural, el contexto social, el contexto económico.	Es el entorno físico, pues la salud es todo. Si no tienes salud o si tienes alguna enfermedad por muy mínima que sea, te deteriora en todos los sentidos Hay un desajuste en tu físico y por supuesto, a nivel de tu familia, pareja, hijos, etcétera la salud es todo	La salud es el bienestar físico y emocional de las personas.	El completo bienestar físico, mental y social de una persona
Elaboración: propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.									

Retomando las categorías anteriores, se puede observar que, si hay una relación entre quienes definieron la política pública con perspectiva “desde arriba” con la salud, ajustándose a la definición tradicional de la OMS, esto se relaciona también con el grado de estudios y la formación académica que recibieron.

Los aspectos culturales e incluso ambientales de las definiciones denotan una visión moderna de la salud, contemplando otros factores más allá de la ausencia de enfermedad, como las causas económicas o sociales, así como relación cultural entre los integrantes y su entorno cuando se trata de un padecimiento crónico en la población. Se debe trabajar con el objetivo de mirar a la salud con mayores herramientas en el trato con el usuario, como se refiere a continuación:

La salud debe entenderse como uno eje transversal del proceso vital, que implica todas las dimensiones de las personas. Es la vida misma manifestándose hacia el mundo y a su vez ese mundo expresándose en esa vida.

Desde la salud/enfermedad/atención son de esperar múltiples obstáculos y desafíos disciplinares. La importancia radica en la posibilidad de analizar e intervenir en la complejidad de lo social en clave de derechos. (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 38)

Lo social enfocado a los derechos es una labor importante que se tendría que desempeñar, si bien tiene dificultades estructurales al no tener acceso a ciertos servicios, empleo o educación, que por ley le corresponde, es indispensables incitarlos a ejercer su derecho a la salud cuando acuden a la institución con base en sus recursos y los conocimientos de profesional, esto ayudaría dejar la mirada tradicional de salud que obstaculiza ese proceso, “se comprende que el derecho a la atención sanitaria solo es un aspecto del derecho a la salud, y que la reducción a la mera atención sanitaria manifiesta una comprensión biológica de la salud, es decir, como ausencia de enfermedad. (López & Michelli, 2016, p. 23)

La atención médica hospitalaria es una parte del componente del derecho humano a la salud el cual se analizará posteriormente, curar la enfermedad resuelve el problema del usuario en su condición biológica, se evita el deterioro del cuerpo al someterlo a procesos quirúrgicos inducidos, fármacos para aliviar el dolor y consulta para verificar su estado de salud, pero sin el componente social ese derecho es limitado a las cuestiones curativas:

El vivir, enfermar y morir se distribuye de manera diferenciada en nuestras sociedades según la clase social a la que se pertenece y constituye un desafío profesional desarrollar estrategias de intervención que puedan sostener un progresivo mejoramiento de la salud de las personas. (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 34)

La salud es indispensable para desarrollar la vida de todo ser humano, de no hacerlo ponemos en riesgo no solo al usuario sino a su familia al incorporarlo a ese proceso del que instintivamente va a participar. Esto nos abre el panorama para ver un aspecto fundamental que es el derecho humano a la salud, se define como:

El grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios

de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación” (OMS: 2017).

La relación entre los derechos sociales se aprecia en esta definición, salud, empleo, vivienda, alimentación, mantienen una relación estrecha entre sí, la falta de alguno de ellos agrava el otro, implica acceso y disponibilidad a los servicios de salud, a recibir información y a ser partícipe de ese proceso. Otra definición complementaria es la de García y Vélez:

El goce del grado máximo de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este es influenciado por factores como la desigualdad social en salud que se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos (García & Vélez, 2013, p.732)

Aquí se agregan componentes de exclusión, la relación entre la vulnerabilidad y el acceso a los derechos por su condición social, las dificultades que implica la clase social, el sexo o la etnia, en culturas racistas y de segregación, el goce máximo de la salud es la aspiración de todo ser humano, no de forma discursiva, sino de forma concreta, visible, respetando sus condiciones y su dignidad. Finalizaremos con la aportación de Álvarez:

El acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Esta categoría abarca también el acceso a una alimentación adecuada, a condiciones de trabajo sanas y seguras y a servicios de apoyo para el cuidado de la salud (Álvarez, 2005, p. 131)

Enfocada más a las cuestiones de la enfermedad, sin descartar los otros derechos que la acompañan, todo con la prioridad de conservar de la salud, aquí su visión se enfoca a los centros de atención hospitalaria cuando se agrava la condición del cuerpo, si bien si hay una relación entre cada una de las definiciones revisadas, la constante es que son consideradas derechos relacionados e interconectados.

Después de esta revisión de las definiciones de derecho humano a la salud, se muestra la tabla con las definiciones de los profesionales de trabajo social desde su experiencia en la práctica laboral.

Tabla 22. Definición de derecho humano a la salud desde su práctica laboral

Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
<p>Toda persona tiene derecho a ser atendida, toda persona tiene derecho a que se le busque, y que se le dé la oportunidad de sanar si está enfermo. Considero aspectos importantes como: la falta de acceso a la salud, la situación de pobreza, exclusión, falta de oportunidades laborales, educativas, geográficas.</p> <p>Todos tenemos derecho a ser atendidos sin tener que pagar ni un peso</p>	<p>No proporcionó una conceptualización del derecho humano a la salud, sino, realizó un enfoque de intervención mediante procesos reflexivos y la formación de grupos para lograr que la población asuma que tiene un derecho para ejercer.</p>	<p>Sería uno de los principios básicos, a los cuales la toda la población tiene derecho para su bienestar. De ahí en el sentido de que tener salud para poder desarrollarse en todos los demás ámbitos. Derecho a una atención primaria, una atención preventiva constante de alta especialidad. Basar mi derecho en cuanto a mi necesidad que tengo de ser atendido en esos aspectos, derecho a la vacunación, a la prevención.</p>	<p>Acceso ilimitado a un servicio de salud sea de cualquier índole, o derechohabencia, a una seguridad social o a un servicio público. Sería el acceso universal para cualquier usuario en cualquier institución, o instituto, centro de salud a su elección del usuario.</p>	<p>Es todo aquello con lo cual nosotros nacemos por el simple hecho de ser seres humanos, tenemos ya esa, esa garantía, ese atributo por el simple hecho de ser humanos, tenemos el acceso a ese derecho, no únicamente como lo marca la Constitución, sino es un derecho universal en el cual todos tenemos derecho a ese ejercicio.</p>	<p>El tener acceso a la mayor información para un bienestar y para tu cuidado no, o sea, desde lo que es la, la medicina preventiva, desde las vacunas, desde el crecimiento, desde el seguimiento,</p>	<p>Creo que debemos de partir que los derechos, los derechos humanos, son inherentes al ser humano., no son transferibles. Por el hecho de que tú nazcas, antes, de que adquieras su ciudadanía, el derecho a un nombre, el derecho al acceso a la salud, eres una persona no, con derechos y garantías. Lo definiría como eso, los derechos humanos a la salud son inherentes al ser humano, son intransferibles, una condición perse del ser humano.</p>	<p>Es el derecho al que todos tenemos como seres humanos, justamente como ser individual, tenemos el derecho a ser atendidos si tenemos alguna enfermedad en algún instituto o algún servicio médico, es el derecho que tenemos todos y que debemos ejercerlo así.</p>	<p>Es el derecho que tienen, que tiene todo individuo a tener un bienestar, tanto físico como emocional, a través de las instituciones.</p>	<p>Es la atención oportuna, y sí, sin diferencia de cualquier índole, de cualquier diagnóstico, incluso para que pueda llegar a un paciente y atenderlo, mi derecho: es llegar a este hospital y que me puedan dar la atención oportuna y sin ninguna condición, y ser tratado con dignidad</p>

Elaboración: propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.

Una cuestión fundamental para trabajo social es como se entiende este derecho en la práctica laboral. Por una parte, lo conciben como la información proporcionada al usuario respecto al derecho de los pacientes, a ser informado, a tener una segunda opinión, a tener un expediente clínico, a ser parte del proceso durante el internamiento, esto igualmente se relaciona con la definición de política pública considerada sinónimo de la política institucional.

Por otro lado, el derecho humano a la salud está asociado a cuestiones de atención médica de la salud, es decir, consultas, vacunación, procedimientos quirúrgicos, estudios, estrechamente ligadas a las políticas institucionales cuando acuden al hospital a solicitar un servicio.

Otra postura relacionada con el ejercicio del derecho a la salud es el trato digno hacia el usuario al acudir a la institución, no se percibe como un sujeto de derechos y los trabajadores sociales con la obligación de favorecerlo.

Este último punto puede considerarse parte de enfoque de derechos, que se abordará más adelante. Resaltan las diferentes posturas del derecho humano a la salud de acuerdo los conocimientos propios del profesional de trabajo social, su formación académica, grados de estudios, su percepción al estar insertos en la institución e interactuar con el usuario. Dan por hecho que al ser parte de la institución y seguir las normas, los lineamientos que los rigen, se está actuando para favorecer ese derecho, y de paso justificar sus acciones por medio de estas.

La postura crítica “tampoco significa el “rechazo” de la realidad o de las perspectivas diferentes— por el contrario, la crítica no niega la realidad, sino que parte de ella y confronta el conocimiento teórico con la propia realidad”. (Montaño, 2017, pp. 32-33) con la aplicación de los lineamientos institucionales se inicia un proceso para mostrar las deficiencias que pueden tener con el trato con el usuario, se inicia con una construcción teórica de esa norma institucional para fundamentar como puede ser mejor y tener resultados favorables, no se descarta, simplemente se parte de ella para buscar una alternativa diferente desde lo ya implementado. Es necesario mostrar algunos ejemplos en la práctica sobre el derecho humano a la salud.

Desde el momento en que tú estás estableciendo cuotas de recuperación desde ese momento yo no creo que exista un derecho a la salud, desde ese momento. ¿Por qué?, porque mi pregunta es si, si un país te está diciendo que tú como ser humano, como persona, como, como parte de esa, de esa nación, tienes derecho a cómo se llama a recibir una atención médica, como es la salud, pues sería que te la tiene que proporcionar, y dime dónde te la proporciona, porque todos los institutos de salud cobran y nosotros somos de los más baratos. Pero hay unos mucho más caros y con padecimientos súper complejos. Entonces mi pregunta vuelve a ser ¿realmente hay un derecho a la salud o el derecho a la salud que yo tengo, y hablando no más de salud física, porque nada más estoy hablando de salud física, no estoy hablando de salud mental, de salud emocional, ni mucho menos que todo se ve alterado desde el simple hecho de cómo vivo y en donde vivo, no. ¿Este cómo se llama? Si tú tienes capacidad de pago, tienes derecho a la salud, si no tienes capacidad de pago, no lo

tienes. ¿Porque qué te dice?, simplemente aquí te dicen un papá, no tengo para pagar; y tú que me dices, pues búsquele, no. O sea, sí entiendo que deba de haber un compromiso y una participación va siempre, siempre, pero te vuelvo a repetir, si tú, si somos drásticos, y si somos reales, no es cierto, eso no existe, no existe esa política, o sea, es una política muy falaz, muy, muy, muy, ¿cómo te puedes ir? es una política basada en, en qué te puedo, o no sé, en cuestiones e intereses políticos más que necesidades sociales. (Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

En este fragmento se distingue el derecho humano a la salud relacionado con los pagos a la institución, cuando no entraba en vigor la gratuidad en el servicio, prevalecen las cuestiones partidistas de acuerdo con su experiencia, y no hay alternativas más que realizar un trámite donde se comprometa a pagar después de la atención médica, los lineamientos que marcan la pauta a seguir, la postura crítica no se presenta y ese derecho a la salud está ausente.

El siguiente testimonio ejemplifica esa accesibilidad a la salud, relacionado con la solvencia económica más que por su condición de ciudadanía “como que aquí, como que se van cerrando más en vez de que se abra la brecha o se dé la apertura para todos, como que solamente se está volviendo exclusiva de algunos círculos del que puede y tiene para pagar” (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020). Revisaremos la tabla sobre otro punto relacionado con esto que es el enfoque de derechos.

Tabla 23. Enfoque de derechos en la práctica laboral.

Folio 01	Folio 02	Folio 03	Folio 04	Folio 05	Folio 06	Folio 07	Folio 08	Folio 09	Folio 10
<p>Considera que no desarrolla su actividad profesional con un enfoque de derechos por las políticas institucionales, y porque el objetivo principal de aplicar un estudio socioeconómico es fijar un nivel de cuotas de recuperación. No tanto por la información del sistema familiar que me está dando, por los problemas, por las relaciones, por el tipo de familia que es, es más bien porque a mí me interesa saber ¿qué le voy a dar?, ¿qué nivel le voy a poner?</p>	<p>El enfoque de derechos está regido por el manual de procedimientos, siguiendo la línea de su actuar profesional, basado en políticas institucionales, más que las dimensiones biológicas y sociales de la enfermedad. Su enfoque de derechos se limita a la atención de calidad hacia el usuario, si hay políticas institucionales que afecten el proceso de la enfermedad del paciente, se acude a instancias resolutivas (autoridades del hospital) para buscar respuestas a la situación.</p>	<p>Busca alternativas externas (Organizaciones de la Sociedad Civil, Instituciones de Asistencia Privada), para ejercer ese derecho del paciente y su familia mediante, tratamientos, quimioterapias, estudios externos, por medio de la gestión de algunos tratamientos, y quimioterapias de costo elevado y tiempo prolongado.</p>	<p>No se adhiere a ninguna de las definiciones establecidas, sino se basa en promover la equidad en el acceso a los servicios de salud, su autonomía para elegir su lugar de atención considerando políticas específicas de su atención, sin negar el derecho a la salud, en el sentido de que no se les niega la atención a, por ejemplo, derechohabientes. Pero hay que promover el uso de su derechohabencia.</p>	<p>No menciona una definición precisa respecto al enfoque de derechos, debido a que considera no realizar sus funciones bajo este enfoque, es importante destacar que aspectos que pueden obstaculizar el acceso a la salud como: la desventaja (vulnerabilidad) para su ejercicio, así como factores asociados a la misma que afecten ese derecho.</p>	<p>Aplicando sus derechos, como los derechos de los pacientes, es, informar de lo que tienen derecho como usuario. Decirle que es su derecho a la información, su derecho a tener una segunda opinión, a todas esas cosas que en algún momento la gente desconoce y que, hacen tomar decisiones que no son las adecuadas</p>	<p>una perspectiva en la que hay un eje rector, digamos de manera institucional, que demarca tanto una misión, como una visión, no, y entonces de ambas se deriva un propósito, no, de ambas se deriva un propósito, y creo que ambas plantean de alguna manera, es, proporcionar, promover, incidir, favorecer, facilitar, contribuir, coadyuvar a que estos pacientes reciban una atención médica de calidad, este, de manera integral, no, acorde a cada una de las necesidades particulares que tiene cada sujeto con los que intervenimos.</p>	<p>No se adscribe a ninguna definición, sin embargo, trata de hacerlo, trata de que a la persona que yo le da la información finalmente, esté bien consciente, sensibilizada de que es un derecho, pero en el camino se queda muchas veces esto. Por qué, ella cree que no todos actúan de manera profesional en ese sentido.</p>	<p>No mencionó una definición del enfoque de derechos, aunque si considera realizar sus funciones con el enfoque de derechos, principalmente en el actuar hacia los familiares, el interés precisamente por el bienestar tanto de la familia como del paciente considera que si tiene el enfoque de derechos.</p>	<p>Lo relaciona con el trato a la gente. Primero que venga este hospital a ser atendido, sin ninguna condición, ser tratado con dignidad, darle todas las facilidades para que pueda acceder a esos servicios, pero también creo que un poco nos hemos quedado en la parte del trato, digno, desde trabajo social, desde la práctica y por lo que yo he visto lo hemos estado condicionando.</p>

Elaboración: propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.

Considerando el uso del enfoque de derechos en su práctica laboral, lo definiremos con relación a lo encontrado en la revisión bibliográfica: “Un marco de derechos humanos para la salud no es una posición anticlínica o anticientífica. La medicina tiene dimensiones biológicas y sociales (Yamin, 2018, pp 115), y la autora lo complementa de la siguiente forma:

Un enfoque de derechos humanos va más allá de implementar una política o un programa para prevenir o tratar ciertas condiciones de salud, y requiere identificar también, de manera explícita, los espacios y las oportunidades para expandir la capacidad de todas las personas, cualquiera sea su identidad de género u orientación sexual, de tomar decisiones respecto de su vida y de su cuerpo. (Yamin, 2018, pp. 132-133)

El enfoque de derechos no se basa en la atención de calidad y calidez al usuario, implica respetar sus condiciones de vida y la libertad sobre su cuerpo, implica no estigmatizar por su condición de género u orientación sexual, va más allá de aplicar las políticas institucionales, o indicarles sus derechos, es una completa integración del acceso al derecho humano a la salud, respeto por su condición sociohistórico-cultural y favoreciendo las opciones disponibles para ellos con un trato igualitario. La ONU lo define de la siguiente forma:

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. (ONU, 2006, p. 15)

Las normas internacionales son de gran relevancia en el enfoque basado en derechos ya que son lineamientos de carácter universal, es decir, no son cuestiones regionales o nacionales de aplicación práctica o conforme a ciertos criterios de utilidad para algunos grupos, se tienen que respetar y son base en la construcción de políticas públicas con esta orientación para el beneficio y desarrollo de la población. El fragmento de la siguiente entrevista nos puede ejemplificar como puede incidir el trabajador social a favorecer ese derecho a la salud:

el trabajador social finalmente influye, influye en este derecho humano a través de potencializar, a través de gestionar, a través de educar a todas esas personas o esos familiares con los que nosotros intervenimos, a que hagan uso de estos derechos que marca lo mejor una visión o una misión, que marca algún instrumento más grande, como puede ser, por ejemplo, este, pues repito otra vez como esto, como, como una Constitución Política, como una serie de programas sectoriales, creo que, aplicado la práctica profesional, tiene mucho que ver con, con la labor que hacemos nosotros en el día a día para impulsar las capacidades de estas personas, que de algún momento se ven vulneradas por ciertas situaciones sociales, económicas, políticas, culturales, de distancia geográficas; entonces creo que creo que la chamba ahí es, pues eso, potencializar, impulsar, ser un agente de cambio, no, como se dice, que de repente suena como muy rimbombante y es difícil, es difícil que tú o que la familia te permita ser un agente de cambio (Entrevistada folio 07, 34 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Nefrología, entrevista realizada el día 23 de octubre de 2020)

Esto se relaciona con el enfoque de derechos que manejan Hernández (2018) “significa empoderar a la gente para hacerla capaz de tomar sus propias decisiones, y no ser meros sujetos pasivos de las opciones tomadas por otros. Se centra en el empoderamiento de la gente para reclamar sus derechos y oportunidades” (Hernández, 2018, p. 145) Por lo que se recomienda una “intervención profesional desde una perspectiva de derechos que permite enriquecer el quehacer profesional, superando límites y especificidades en función de lograr consensos y acuerdos con otros actores que actúen como soportes de los abordajes en el campo de la salud” (Lafit, Otero & Nogueira, 2016, p. 36) es una forma de sustentar las intervención de trabajo social, aportar desde su conocimiento argumentos en materia de salud para las condiciones sociales de los usuarios, trabajando sobre recursos internos y externos que facilitan el proceso de recuperación de la salud, identificando las problemáticas familiares que las afectan.

También está la postura de no contemplar su ejercicio profesional con el enfoque de derechos, ya que las políticas institucionales privilegian su quehacer profesional, para justificar las acciones realizadas con los usuarios, siguiendo los lineamientos que marca el hospital, sin cuestionar la formulación de estas y depositando en la familia la responsabilidad de buscar con sus recursos los insumos o estudios que se requieran.

La actuación profesional lleva un enfoque de derechos parcializado porque se rige únicamente por la normativa institucional para el acceso a los servicios de salud, como se ejemplifica a continuación:

Nosotros de alguna manera les informamos a los padres de los niños, que tienen derecho a ser atendidos por el padecimiento que ellos tienen y de alguna manera se aplique ese derecho a ser bien atendidos, el buen diagnóstico con sus tratamientos, que los padres tengan una calidad de atención, una calidez, porque su derecho es que sepan toda la información de su enfermedad, a facilitarles a los padres todo este tipo de derechos a los que ellos están sujetos por estar en una institución de gobierno o en algún hospital de salud. (Entrevistada folio 08; 51 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Cirugía Cardiovascular, entrevista realizada el día 3 de noviembre de 2020)

Finalizaremos esta categoría con la relación que habría entre la política pública y el derecho humano a la salud como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 24. Relación entre política pública y derecho humano a la salud desde la práctica laboral.

Folio	Respuesta	Motivo de la respuesta	Obstáculos/consideraciones de la relación política pública/derecho humano a la salud
01	No	Las políticas públicas se basan más en cuestiones clientelistas, de obtención de votos para un determinado partido, y cuestiones de poder, que realmente hacia una información real y una información objetiva de cuál es la situación de salud, o el derecho a la salud de la población.	Las políticas públicas nunca han sido objetivas con una situación de derecho a la salud, porque no todos tenemos derecho a la salud.
02	No	Las políticas públicas, yo creo que hablan de un bienestar, y entre entrecomillas de la equidad, de la salud, como te decía, salud para todos.	Pero también salud para todos, pero es como una utopía porque no se tiene lo necesario para que esa salud se dé igualmente para todos
03	No	La institución tendría que proveerlo, sobre todo si mencionamos la parte del Seguro Popular, como hospital están avalados o certificados para que absolutamente todo lo tenga el hospital. Pero ya en la parte práctica la realidad no es así.	Esquemas de tratamiento no adecuados a las necesidades farmacológicas de los pacientes y las características de la población atendida.
04	Si	Porque el objetivo de crear las políticas públicas es dar respuesta, a las necesidades de una sociedad que está en un marco de derechos humanos ya desde hace mucho tiempo. No es que no exista relación, sino que no hay unificación en la forma de llevarlas a cabo.	Sin embargo, para operativizar las políticas, para ejecutar las acciones, muchas veces se encuentra uno de estos obstáculos. Depende también de la visión de cada profesional, aunque seamos una sola institución, se actúa de forma diferente
05	No	La política pública está establecida y el derecho humano, pero aquí que yo vea que pudieran converger, como que puedan coincidir, o que puedan caminar juntas, como que no. Las políticas públicas se hacen para que las personas puedan, establecerse aquellos lineamientos para que las personas puedan ejercer, puedan ejercer su derecho.	La gente no puede ejercer ese derecho porque no tiene los medios para poder llegar aquí al hospital, no tiene medios, no tiene a lo mejor redes primarias y secundarias, pero institucionales, pues no existen.
06	Si	Al considerar aquella población que no tiene seguridad social y que no vemos aquí, pues es parte de un derecho y que, si ellos cuentan con algo, darla esa equidad.	La equidad es parte del enfoque de derechos, y por consiguiente de la atención al usuario en el marco institucional.
07	Si	Ella cree que sí hay forma de que se encuentren, tal vez el mecanismo o el eje que los conduce a veces (silencio de algunos segundos), pues tal vez no es el correcto, pero creo que sí es partidaria de pensar que estos dos no tendrían que estar totalmente desligados.	Las formas tal vez no son las mejores y que se tendría que apostar por eso, por saber desde dónde se gestan, cuáles son sus posibles desviaciones para poder sugerir o para incidir.
08	Debe de haberla	Nosotros como profesionales estamos aquí para darle para darle estos derechos a usted, y la otra parte es que, en un momento dado tengamos conocimiento general de los programas, para que podamos ofrecerles y gestionarles a estas familias, pacientes toda esta parte de apoyo.	Asocia la relación política pública-derecho humano con el otorgamiento del derecho entendido como atención al usuario.
09	Sí	Porque, algunos programas cómo era el seguro popular, hoy actualmente INSABI, están enmarcados en una política y esa política viene a través del gobierno y el cual, si considera que principalmente tiene como margen o como línea, ese derecho a la salud que tienen los ciudadanos,	El gobierno es quien se encarga de la directriz de estas políticas, sin incluir a los demás actores (población beneficiaria, ciudadanía, organizaciones de la sociedad civil)
10	Son diferentes	Operativamente diferentes, por qué si yo sigo, las políticas públicas, las políticas que están en él, los procedimientos, las políticas que tiene el hospital, yo no estoy actuando conforme a esas políticas y se supone que mi actuación tendría que ser enfocada también al derecho que tiene el paciente a la salud.	Considera las políticas institucionales y los procedimientos como políticas públicas, sin una diferenciación entre cada una de ellas.

Elaboración: propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.

Desde la experiencia de los profesionales de trabajo social en su práctica laboral y con el trabajo realizado con los usuarios, se busca saber si es posible establecer una relación entre política pública y derecho humano a la salud, Manuel Canto nos dice lo siguiente respecto a esos dos puntos:

los derechos humanos son sólo un criterio de orientación de las políticas públicas, o si desempeñan un papel relevante en su gestación, implementación y evaluación, habrá que responder que hasta ahora sólo se desenvuelven como criterios de orientación, no obstante, tampoco desdeñarían diversos trabajos que de manera sectorial (en educación, salud vivienda, entre los principales) parten de una formulación de derechos e intentan diseñar estrategias e instrumentos y ponderar costos de su puesta en práctica. (Canto, 2010, p. 101)

De acuerdo con el autor si hay una relación entre estas dos partes, que si bien tienen un carácter de orientación, es importante considerarlos porque tendrían una fundamentación articulada y coherente con la realidad y las necesidades que viven los usuarios. Ya en la práctica laboral del profesional de trabajo social, se repite los siguientes patrones:

- a) Definición de política pública con la perspectiva “desde arriba”,
- b) Una definición de tradicional de salud,
- c) Si hay relación entre política pública con la perspectiva desde arriba y salud,
- d) No hay relación entre política pública con la perspectiva desde arriba y derecho humano a la salud

El apartado d) en particular refiere a quienes habían definido a la política pública con la perspectiva “desde arriba” y comentaban que si había relación con la salud; pero al preguntarles si había una relación entre política pública-derecho humano a la salud, respondieron que no. ¿A qué se debe esto, si la definición de derecho humano a la salud estaba ligada a las normas institucionales?; ese cambio en su respuesta se debe a que, en la práctica laboral, los derechos de los pacientes son considerados por el profesional de trabajo social sinónimo del “enfoque de derechos”, junto al trato digno, de calidad y calidez, factores que favorecen el argumento de la relación antes mencionada.

Se agrega otro testimonio, donde se ejemplifica en la práctica que no hay relación entre política pública y derecho humano a la salud:

O sea, al final de cuentas las políticas públicas se hacen para que las personas puedan, pues, heee, (silencio de algunos segundos para continuar con la respuesta) establecerse aquellos lineamientos para que las personas puedan ejercer, puedan ejercer su derecho. Pero aquí sigo por ese simple hecho, o sea, no como tal, no como tal, porque hay una cuestión de cuotas de recuperación y entonces de cuotas de recuperación, ¿qué hace entonces? Hace un proceso de que el que tenga para el pasaje, el que tenga para pagar el nivel uno puede acceder a la salud y quien no tenga este, pues ni modo, o sea, no tienen ni para el pasaje. Entonces esa gente no viene a ejercer su derecho aún, y cuando la política pública exista, la gente no puede ejercer ese derecho porque no tiene los medios para poder llegar aquí al hospital, no tiene medios, no tiene a lo mejor redes primarias y secundarias, pero institucionales,

pues no existen. Y como una red institucional nosotros tendríamos que estar contribuyendo para ese ejercicio, de ese derecho a la salud y que en algún momento puedan caminar, entonces, si realmente el derecho a la salud y la política pública, no. (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

En seguida otro testimonio de la relación que habría entre la política pública y el derecho humano a la salud:

Aplicando sus derechos, como ya ves que se maneja lo de los derechos de los pacientes, es, este, informar de lo que están, a lo que tienen derecho, como como usuario, ¿no?, el decirle que es su derecho a la información, su derecho a tener una segunda opinión, a todas esas cosas que en algún momento la gente desconoce y que, que lo desconozcan muchas veces nos hacen tomar decisiones que no son las adecuadas, ¿no? (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

Conclusiones del capítulo 4

Con base en el análisis de la información obtenida de las entrevistas se elaboraron las siguientes conclusiones respecto a las categorías de utilizadas para la investigación.

Categoría 1. *Características de las funciones actuales de los profesionales de trabajo social del Hospital Infantil de México*

Dificultad para definir la función que realizan en su práctica cotidiana. No fue posible definir lo que es una función del trabajo cotidiano que realizan en la institución, suele haber confusiones con las actividades porque en la práctica tienen mayor relevancia como se muestra a continuación:

Pues este yo creo que como función tal no tenemos muchas, ¿por qué?, porque tendrías que investigar, planear, educar este, cómo se dice, ¿esas serían tus funciones, ¿no? Tus actividades pueden ser: aplicar un estudio socioeconómico este, cómo te puedo decir, hacer una visita domiciliaria, este, tener un seguimiento de caso, pero ¿eso de qué te sirve?, si al final de cuentas sobre tu función, o sea, yo por ejemplo hago los estudios socioeconómicos, ¿y esto de qué me sirve?, ya lo hice, ¿y después que arroja? No estoy investigando, esto, no me está sirviendo, esta actividad que yo hago no me está sirviendo, ni para planear, ni para investigar, ni para educar, ni para nada, entiendes, es una actividad que hago igual tengo que poner al día de los presupuestos de los papás, es una actividad, dime dentro de qué función entra. Entonces, no, si tú me refieres que funciones hago dentro del hospital, como ninguna se ha llamado actividad, yo me cargo de una serie de actividades que lo único que me lleva a cumplir, bueno no con una función, con un papel, porque no es ni siquiera una función que la institución ha puesto. (Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Un ejemplo es “el pase de visita” tiene una mayor importancia simbólica sobre una intervención fundamentada metodológicamente, la presencia del profesional en la

sala junto a los otros profesionales (médicos, residentes, enfermeras, psicólogas), lo hace visible, parte de un grupo donde la interacción y el juego de capitales de hace presente en el espacio social, su posición es igual a los residentes por el capital cultural y social que posee (información sobre la familia y su entorno, obstáculos en el proceso salud-enfermedad).

Estar ahí compartiendo el conocimiento con el médico, residentes y enfermeras, nos acerca a esa producción simbólica porque brinda la oportunidad de mostrar los recursos intelectuales que poseo respecto a los aspectos familiares que no fueron indagados en una primera entrevista sobre el paciente. Este fragmento de la entrevista nos invita a reflexionar sobre el trabajo realizado en la práctica laboral, ya que es importante saber ¿qué hacemos? y ¿cómo lo hacemos?:

Pues no, ninguna, desde la perspectiva que yo siento que es la función del trabajo social como tal, no, porque al final de cuentas no hay un proceso de investigación como tal, o sea, para mí el estudio social que hacemos únicamente es recuperar la información y hacer un diagnóstico, un diagnóstico que realmente no responde a las características, desde hace mucho tiempo no responde a las características este, que vive la sociedad mexicana, y mundial también, porque a fin de cuentas, pues también nos también nos afecta, entonces prácticamente yo diría que no hacemos como funciones del trabajo social (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

Esta incapacidad de conceptualizar una función tiene relación con las debilidades disciplinares de la profesión, la escasa producción de conocimiento mediante investigaciones sobre el trabajo social en instituciones desde el enfoque cualitativo y cuantitativo, la falta de referentes teóricos que guían el accionar en la práctica cotidiana, y la ausencia de la sistematización sobre lo que se hace.

Funciones establecidas por el departamento de trabajo social, no se llevan a cabo por el personal operativo del departamento. Como se mencionó en el capítulo 3, las cuatro funciones establecidas en el Departamento de Trabajo Social en el año 2019 para los profesionales a su cargo fueron: planeación, programación, educación e investigación, sin embargo, ninguna de ellas se incluyó al manual de procedimientos del Departamento que se describe a continuación:

1. Procedimiento para la Orientación de la Referencia, Contrarreferencia y traslado de Paciente.
2. Procedimiento para la Evaluación Socioeconómica y Asignación de Nivel de Clasificación Socioeconómica.
3. Procedimiento para la Realización de Solicitud de Carta Compromiso
4. Procedimiento para la Atención Social del Paciente.
5. Procedimiento para la Inducción Hospitalaria al Paciente y su Familia.
6. Procedimiento para la Atención de Casos de Probable Maltrato o Violencia Familiar. (Manual de Procedimientos de Trabajo Social del HIMFG: 2018)

También se hace referencia que el manual de procedimientos es del año 2018, mientras las funciones establecidas por el Departamento de Trabajo Social fueron en 2019, no obstante, esto nos lleva a pensar que basados en el manual de ese año se designaron estas funciones, las cuales posiblemente serán integradas al nuevo sin tener aún la fecha de su implementación, ya que la política de gratuidad tendría que estar contemplada en ese documento. No se agregó la función de Gestión a las establecidas por el Departamento, pero si es considerada en el procedimiento número 4. Atención social del Paciente, actividad 7 y 30. De igual forma en ese mismo procedimiento se considera la educación social como parte de las actividades 39 a la 41, la que podría considerarse como función de educación de acuerdo a la revisión literaria.

Para los profesionales de trabajo social la investigación es vista como una forma de obtener información con los usuarios, parte sustancial de su trabajo cotidiano en la interacción con los usuarios, aunque no puede limitarse solo a eso,

Porque tú, cuando simple y sencillamente, cuando tú plasmas en un estudio socioeconómico, hablas de una característica de la, de cómo se llama, del sistema que tú estás investigando, eso es investigación. O sea, tú basas un nivel socioeconómico, yo no sé si a veces no nos ponemos a pensar, en que, en cuál es el peso de nuestra profesión. Pareciera que es hacer una encuesta, donde tú dices sí o no paga dónde, dónde qué nivel va a pagar, o sea, tú estás haciendo una investigación del sistema familiar que estás teniendo enfrente y tú le estás dando a ese sistema familiar una capacidad para poder enfrentar un problema de salud que tiene su hijo. Entonces no puedes basarlo en simples datos, tienes que hacer un análisis y estás haciendo un análisis de la familia que tienes ahí (Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Habría que expandir la posibilidad de visualizarla como ese proceso metodológico de pasos secuenciales para el logro de un objetivo y también para abrir espacios que nos permiten desarrollarla y demostrar con argumentos sólidos que es posible realizarla:

O sea, comenzar a hacer trabajos de investigación que den cuenta de una realidad, pero que por otro lado, otra persona a otro compañero, compañera pueda estar dando cuenta también de lo que sucede en su hospital y podamos trabajar y podemos ir formando este cimiento que en algún momento pueda servir para la intervención del trabajo social, pero también para la generación de categorías de análisis que permitan en algún momento, pues, hacer una teoría a lo mejor del trabajo desde el trabajo social, no, en algún momento dejemos de tomar como como elementos o posturas de otras disciplinas, que es lo que nos da esta cuestión de ser eclécticos. Pero sí sería importante de lo mejor, de pasar, de ser una disciplina a pasar a ser una ciencia. No, eso sería, eso sería lo, lo, lo, lo interesante, pero con él, con herramientas propias no, pero, pero pues no hay, no hay como en este momento, no hay como la visión de, de, de quererlo hacer. Y no solamente por una cuestión meramente de, de los que estamos en la práctica, sino también de la parte de la academia que en algún momento no hemos generado ese puente, no hemos construido ese puente para que a partir de esa relación que se pueda generar se pueda decir no es que yo lo empírico y lo teórico, pues le vamos metiendo, ¿no? Y tú me vas diciendo la mejor que teoría o

bajo qué teoría pudiéramos dar le cuenta a esta información que yo qué me está sucediendo aquí en el hospital, no en mi práctica diaria, es lo que considero ahorita (Entrevistado folio 05, 48 años, adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

La investigación no se realiza como lo establece el método científico, sino más bien es vista como instrumento para recolectar información sobre la familia por medio de la entrevista, un proceso complejo que requiere una mayor inversión de tiempo, habilidades diferentes para realizarla, como se ejemplifica con este testimonio:

Pero el problema yo creo es que la investigación no es fácil, y a veces tienes tantas actividades administrativas que la misma institución te ha cargado, porque tiene una visión de trabajo social más institucional, más asistencial, que no te abres esos caminos en la investigación. Ahora, no es fácil investigar, puedes tener los elementos, pero tienes que desarrollarlos más, y a mucha gente la investigación no le gusta, pero de que yo pienso que al menos los que los profesionistas que yo conozco en el área de la universidad, claro que tienen la capacidad para poder investigar, tienen los elementos porque siempre estás investigando. (Entrevistada folio 01; 47 años, adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

O este otro testimonio referente a los obstáculos para investigar

Yo sé que le que muchos años se ha manifestado como impedimento la sobrecarga de trabajo, pero de alguna manera sí tendría que ser una función obligatoria de nosotros y como instituto más para generar conocimiento, generar trabajos que sí dejen claro no como que el infantil de México es el que está marcando la pauta, es el que está dando a conocer o dando evidencia del ejercicio profesional. Yo creo que sí tendría que ser obligatorio. Por supuesto que va a haber carga de trabajo, por supuesto que eso ¡no!, pues no digo que sea una mentira, pero sí tenía que ser obligatorio siendo institutos de alta especialidad (Entrevistada folio 04; 42 años, adscrita al servicio de Urgencias turno matutino, fecha de la entrevista 28 de septiembre de 2020)

Prevalece la ausencia de fundamentos teórico-metodológicos para desarrollar la investigación, su carácter de actividad extralaboral, la dificultad que conlleva realizarla, aunado al pragmatismo y la inmediatez que privilegia en las instituciones para resolver urgencias, evitan pensar la investigación como una construcción de conocimiento, la cual solo pueden realizar otras profesiones como los médicos por su posicionamiento en el espacio social y su lugar en la estructura institucional.

Se realizan funciones similares con la política de gratuidad en el servicio y la emergencia sanitaria. Estos dos momentos de inflexión para la institución no fueron aprovechados para realizar funcione acorde a los requerimientos de cada una de ellas, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 25. Funciones realizadas en la práctica laboral, emergencia sanitaria y gratuidad en el servicio

Funciones realizadas en la práctica laboral	Funciones con la gratuidad en el servicio	Funciones con la emergencia sanitaria
Realiza actividades	Investigación	Investigación
Ninguna	Participación familiar en tratamiento	Educación para la salud
Función entendida con base en el manual de procedimientos.	Concientización	Orientación
Investigación	Intervención	Promoción para la salud
Promoción	Sensibilización	Prevención
Gestión	Reflexión	Adherencia al tratamiento
Administración	Sin especificación	Formación de grupos
Difusión	Apego a los familiares (mediante: visitas domiciliarias para conocer su entorno y realizar una buena valoración)	Hace lo mismo
Información	Educativa	Replantear la intervención, repensarnos, tratando de empatar nuestro trabajo con lo que hacía el profesional de psicología.
Orientación/orientar	Planeación	Educativa
Educativa/educación	Programación	Reeducar
Investigación (no como proceso metodológico, sino como forma de obtener información sobre condiciones sociales de la familia a través de la entrevista)	Ejecución	Hacer programas
Seguimiento	Sistematización	Orientación como un proceso de atención de esos pacientes.
Asistencial (entendida como la canalización de los familiares o de los pacientes a instituciones que le puedan apoyar para su rehabilitación o para su salud)	Evaluación	
Supervisión	Intervención social	
	Adentrarnos un poquito más acerca en la dinámica familiar	
	Investigar más el apego al tratamiento para su adherencia. hacer programas y proponer políticas públicas	
Elaboración: propia basada en la información obtenida de las entrevistas a los profesionales de trabajo social del HIMFG, en el periodo septiembre-diciembre de 2020.		

Hay muchísimas similitudes entre las funciones que se hacen en la práctica laboral, las que se podrían hacer en la pandemia sanitaria y la gratuidad en el servicio. Resalta la intervención como una función con la gratuidad en el servicio y no incluida en las funciones en la práctica laboral, cuando la misión del departamento habla sobre promover el derecho a la salud de los pacientes pediátrico y de intervención en factores bio-psico-sociales, económicos y culturales, es decir, la intervención es crucial para el actuar profesional en trabajado social, porque de ella junto con el usuario se proponen las alternativas acordes al contexto y la realidad para favorecer su derecho a la salud.

La función de investigación es una constante, pero desafortunadamente no se aplica como un proceso metodológico que permite aportar conocimiento para contribuir al desarrollo de la profesión con bases teóricas sólidas que permitan solventar esas debilidades disciplinares a la vista de las otras profesiones dentro del espacio social.

La gratuidad en el servicio evidencio no tener un plan de apoyo para modificar el estudio-socioeconómico como instrumento para asignar el nivel de cuotas de recuperación, en comunicación personal con las supervisoras de la institución, los directivos de la institución cuestionaron cual sería el trabajo realizado ahora con la gratuidad en los servicios de salud, al no requerirse el estudio socioeconómico para su objetivo principal. Esto se relaciona con la preocupación generalizada de los profesionales de trabajo social por el estudio socioeconómico y su utilidad como una coincidencia inesperada que se muestra a continuación:

yo nunca he creído, nunca he creído, a lo mejor si en un inicio creí que el estudio socioeconómico era solamente para clasificar un nivel, para decirle a una persona este es su nivel, y esto es lo que va a pagar, este, yo lo que creo es que el estudio socioeconómico como mi instrumento básico de lo que hacemos aquí, tendría que darnos para un análisis más a fondo de lo que es la familia, de lo que es un problema de salud y cómo afecta a esas familias y de ahí el trabajador social, dedicarse a estudiar, a proponer para dar políticas públicas (Entrevistada folio 10: 49 años, adscrita al servicio de Supervisión de Trabajo Social, entrevista realizada el día 4 de diciembre de 2020)

La gratuidad en el servicio fue un detonante para mostrar las deficiencias que posiblemente tenía el estudio socioeconómico para hacer un análisis completo de la situación familiar en relación con los diversos contextos donde transita y las interacciones que generan, otro testimonio respecto al estudio socioeconómico se evidencia a continuación:

¿yo qué estoy haciendo para que no exista violencia? ¿qué estoy haciendo, por ejemplo, para que dentro del estudio social aparezca algo en el cual yo pueda abordar la cuestión de género y evitar precisamente si hablamos ahorita de los feminicidios?, o sea, ¿qué tanto le estoy metiendo ahí al estudio social para poder trabajar con la prevención? O sea, hay toda una serie de elementos, por ejemplo, como este, diría yo que tanto la persona si cuenta desde la postura del Coneval estas dimensiones que están cubiertas o no están cubiertas y que entonces de una u otra forma, si no están cubiertas todavía le asigno un nivel 2 no, si no tiene ni casa, el empleo económicamente, viene desde Oaxaca porque no hay hospitales. Entonces son esas dimensiones que hacen que la gente se encuentre por encima o por arriba o por debajo de la línea de bienestar, pero no logramos leerlo, no logramos entenderlo, entonces, para poder tener un estudio mejor, sería interesante poder conocer el contexto en el cual nos encontramos en este momento y que entender lo que el estudio social no sé cuántos años tiene que no se cambia, y que entonces este estudio ya no está respondiendo a estas cuestiones familiares no, que tenemos, hace algunos años, te acordarás que utilizamos esta cuestión de los alimentos. había un rubro que venía a alimentos y entonces este nos permitía pues conocer más o menos, pues qué comía la gente?, y entonces nos daba elementos como para decir, no pues sabes qué onda no le está aportando nada no. Pero claro, si lo pudiéramos combinar en ese momento, entre lo que come y lo que gana, pues podríamos entenderlo. Pero

ahora en este rubro, por ejemplo, ya no existe, o sea, ya no existe esa parte, entonces esas son elementos que, que pudieran, que pudieran ayudarnos (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

Los probables cambios al estudio socioeconómico más la investigación aportarían elementos para insertarse en la realidad a través de las subjetividades de los usuarios y de la objetividad de la institución como una forma de establecer procesos que sean más acordes cuando acuden a la institución y menos burocráticos en su aplicación, restándole importancia a la documentación y más enfocada al proceso salud-enfermedad desde los social.

En lo referente a la pandemia sanitaria tampoco hubo aportaciones por parte de trabajo social para los procesos de atención, no se establecieron planes de acción, no hubo reuniones entre mandos medios y jefatura para buscar métodos de atención hacia los usuarios por COVID-19, tampoco se aprovechó como tema de investigación más allá de un perfil sociodemográfico de esas familias, como se indica en este fragmento de entrevista:

Bueno, yo considero que simplemente bueno dar así la, a, a la inmediatez, pues las acciones no, relativas a la intervención de, de manera inmediata en cuanto a estudios socioeconómicos, orientaciones, creo yo que nos estamos quedando cortos para el registro de manera inicial (Entrevistada folio 04; 42 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias turno matutino, fecha de la entrevista 28 de septiembre de 2020)

La urgencia en la atención es una constante en el trabajo cotidiano de los profesionales y se vuelve a manifestar de nueva cuenta con la emergencia sanitaria, donde el interés radica en la rapidez más que la intervención. No hay datos de acuerdo con este testimonio que reflejen un trabajo diferente en esta pandemia.

Los fundamentos teóricos utilizados en la práctica laboral tienen una tendencia hacia el trabajo social tradicional. La intervención individualizada, la metodología de grupos, autores clásicos como Ander Egg y Gordon, la teoría de sistemas son los más utilizados, todos ellos fuera del contexto actual en el ámbito institucional para proponer alternativas a los usuarios que favorezcan el ejercicio del derecho humano a la salud, y a su vez responder a las necesidades que presentan. En este punto hay una relación sumamente estrecha entre la edad, la formación académica, grado de estudios y el tiempo laborando en la institución, sobre todo en aquellos con más de 15 años de experiencia profesional, por lo que es indispensable una actualización en las formas de afrontar los problemas que tienen los usuarios “Mira, yo creo que siempre a nosotros como trabajadores sociales tenemos que estarnos actualizando este, las personas van cambiando en cuestión de su manera de pensar hoy en día” (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajador Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020) la percepción de los usuarios no será la misma porque las condiciones de la sociedad no permanecen estáticas y la cuestión social es compleja para mirarla desde una sola perspectiva, “Sin

embargo, no podemos dejar de lado que hay que actualizarnos y que sí necesitamos seguir, seguir estudiando, tomando cursos para así estar a la altura de la realidad, no de lo que nos requiere la realidad” (Entrevistada folio 04; 42 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias turno matutino, fecha de la entrevista 28 de septiembre de 2020)

Esta realización de sus funciones están ligadas con los fundamentos teórico-metodológicos que utilizan para atender las problemáticas de los usuarios se sustentan en el trabajo social tradicional, lo que podría representar una debilidad como lo argumenta Pelegrí (2004) “Muchas veces el reconocimiento del poder del trabajo social queda apagado por las debilidades disciplinarias que se reconocen a la profesión, fruto de sus insuficiencias científicas y de un bajo estatus socio-profesional” (p.28), es similar al testimonio que se presenta a continuación:

seguimos siendo prácticos, nada más. Y no hay como, como elementos para poderme ir hacia una cuestión teórico, metodológica. Mientras no escribamos lo que hacemos bajo un contexto teórico metodológico como lo dices, difícilmente vamos a poder abonar a ésta, a ésta, a esta disciplina que en verdad tanta sed tiene porque le estemos abonando a estas cuestiones de investigación. Entonces, por lo tanto, si no existe, no existe la visión difícilmente se va a poder, se va a poder avanzar. Y entonces vamos a seguir trabajando con un estudio social que describe nada más no (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

Se complementa con lo expuesto en este testimonio sobre las acciones necesarias para dotar a la profesión de un carácter científico que guie su actuación profesional:

Siento que no, no tenemos algo así como escrito, a veces lo hacemos más bien como algo cotidiano y sabemos cómo hacerlo, pero ya llegaríamos a una parte científica si lo tuviéramos por escrito y que fuera así, como, como muy específico, paso a paso que tendríamos que hacer, y nos falta esa parte.

[...] exactamente, lo hacemos por dinámica, es parte del proceso que ya conoces, pero no tenemos así esa parte de un respaldo, es que, si tú tomas esta decisión y haces esto, te va a originar esto, y si evitas esto u omites esto, te va a originar esto, o sea, no lo tenemos, así como descrito (Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020)

Hay temas de investigación que se pueden llevar a cabo. Hay por lo menos tres temas de investigación que son posibles de llevarlos a cabo, la inquietud por hacerlo está ahí, sin embargo, las cuestiones personales, familiares y el tiempo son factores que no permiten desarrollarlas, también se puede agregar la complicación metodológica que observan los profesionales, es decir, solo los científicos pueden realizarla, aquí un ejemplo de los posibles temas:

Si tú juntarás todas las familias, pues puedes sacar muchísimas cosas de las características, no sé, de los pacientes que ven aquí, a lo mejor no sé, podría ser no, de los pacientes de LUPUS, ¿cuáles son las características?, ¿cuáles son los problemas a los que se pueden enfrentar los papas?, este, ¿cuál es el problema principal?, sí, sí, yo muchas, muchas veces se habla de que LUPUS no sabes porque

se da, pero mi pregunta sería ¿tiene cierta predisposición?, y ¿qué tendría que ser?, no sería a lo mejor, las condiciones de vida, las carencias, el área donde ellos viven, cómo viven, si alguna zona geográfica es más predominante para esa enfermedad, sí a lo mejor, la contaminación, las industrias, todo eso lo desarrolla, yo creo que ahí nosotros podemos incidir. Si tú analizaras toda la información que tienes de todos los pacientes con LUPUS, empezarás a sacar este cómo se llama, indicadores, podrías llegar a una conclusión y decir pues a lo mejor el paciente con LUPUS tiene ya cierta predisposición genética, pero a lo mejor, no, a lo mejor son zonas donde hay mucha contaminación de este tipo o son zonas donde o son carencias en cuanto a alimentación, en cuanto a no sé qué, tantas cosas que son lo que te podrían desatar la enfermedad, y claro que podrías tú, desde el punto de vista social, poder aportar a la medicina mayores elementos, no. (Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Aquí otro tema de investigación que tiene viabilidad:

Por ejemplo, aquí en el servicio, algo que a mí me interesa es esta situación de las madres adolescentes. Cada día las mamás, ¿no? generalmente he observado, he observado que una mamá adolescente que se embaraza, lo vuelve a hacer otra vez. Sí, y a veces no cuenta con las redes de apoyo si, suficientes, necesarias como para que el bebé tenga lo necesario en cuanto a educación, en cuanto a la protección, en cuanto, si ora sí, que es un niño cuidando a otro niño. En ese sentido, entonces este, pues ahí nosotros podríamos indagar y generar algunas estrategias, algún programa precisamente dirigido a los abuelos, papás, mamás, adolescentes. (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

O este otro que también tiene relevancia en la práctica laboral del trabajador social:

Por ejemplo, a mí me interesa, yo de repente pienso en ver qué sucede con aquellas familias que han tenido un padecimiento crónico, llámese del corazón, de renales, con las familias que yo he tenido la experiencia. ¿Qué sucede después de un evento tan grave, tan crónico, en donde hay una pérdida de un miembro?, después de cierto tiempo, ¿cómo esas familias pueden reincorporarse nuevamente a la vida cotidiana?, ¿o qué sucede no?, ¿qué sucede más allá después de la muerte de alguien, por ejemplo? A mí me gustaría investigar eso. investigar, sí, en un momento dado ¿los padres siguieron juntos? Hay mucha gente que después de una situación crónica degenerativa, las parejas se separan, los hijos se van por ciertos rumbos. No sé cómo qué investigar esa parte. A mí me gustaría hacerlo, que no tengo el tiempo y no he tenido como que la posibilidad de hacerlo, hasta este momento (Entrevistada folio 08; 51 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Cirugía Cardiovascular, entrevista realizada el día 3 de noviembre de 2020)

Se tendría que iniciar a trabajar con elementos teórico-metodológicos que abrieran las posibilidades de ir difuminando esas debilidades disciplinares como se muestra a continuación: “Creo que en este momento sería la oportunidad para establecer que, que, bajo qué teorías y bajo qué metodologías tendríamos que trabajar, por qué en nuestro estudio socioeconómico tendría que mejorar, tendría que ser otra cosa, por ejemplo ¿no?, pero [...] no hay una teoría, ni una metodología bajo la cual

trabajamos” (Entrevistada folio 10: 49 años, adscrita al servicio de Supervisión de Trabajo Social, entrevista realizada el día 4 de diciembre de 2020)

Lo anterior nos deja en desventaja en el espacio social entendido “como una estructura de posiciones diferenciadas, definidas, en cada caso, por el lugar que ocupan en la distribución de una especie particular de capital”. (Bourdieu: 1997; p. 28) porque el juego de capitales con los fundamentos teórico-metodológicos tradicionales no aportan las condiciones de cientificidad requerida por la profesión y nos condicionan a una subordinación que se aplica en el campo de la investigación

Mientras no haya investigación de parte de nosotros, trabajadores sociales, como que estamos abajo del nivel de las profesiones ¿no? ¿Qué sucede con los, en este caso con los médicos?, ¿qué sucede con las psicólogas que llegan a hacer este tipo de investigación?, ¿otros profesionistas? Yo creo que sí, desafortunadamente hay pocos investigadores ¿no? al nivel de nosotros (Entrevistada folio 08; 51 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Cirugía Cardiovascular, entrevista realizada el día 3 de noviembre de 2020)

De acuerdo con la percepción del profesional de trabajo social los psicólogos y los médicos pueden realizar investigación por la posición que ocupan en el espacio social debido a los capitales que poseen (cultural y simbólico), mientras que los trabajadores sociales al tener debilidades teórico-metodológicas respecto a este punto no son considerados para realizar “lo que se espera de la relación de la investigación con el Trabajo Social es la producción de conocimiento, cuyos objetivos son proporcionar significados y posiciones desde los cuales construir y deconstruir los objetos que son analizados (Bueno: 2013; p.135) bajo la perspectiva del autor encontramos en siguiente testimonio que indica la importancia de la construcción del conocimiento en la práctica laboral:

Porque si en algún momento ese perfil del usuario que se lleva aquí en el hospital pudiera transformarse en problemáticas que pudiéramos estar atendiendo, tendríamos como la oportunidad de poder sistematizar toda esa información, y generar categorías que nos puedan permitir hacer un análisis de esta afirmación, de esta situación, ajá, y entonces, a partir de ahí, entonces podríamos estar utilizando la metodología del trabajo social, y por lo tanto, entonces podríamos llegar un momento a cuestiones teóricas. Es decir, cómo esta realidad que existe va encontrando un orden a partir de la asociación de las cuestiones o del ámbito, del ámbito teórico. Por eso es importante esa parte que tocas, porque al final de cuentas aquí en el hospital no lo hacemos, o sea, no se aplica como tal la metodología del trabajo social, una cuestión individual, grupal, o sea, no, o sea, no se hace como tal (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020)

Conclusiones categoría 2. *Trabajo social, política pública y salud en el desempeño de las funciones del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez*

Definición de política pública como sinónimo de política institucional. Aquí hay una doble vertiente, definen la política pública con la perspectiva “desde arriba” y a su vez la utilizan como equivalente a una política institucional. La percepción de los profesionales desde su práctica laboral, es hablar de un mismo tema: política pública=política institucional “digamos que nosotros estaríamos pues, clarificando al usuario toda esta relación que pudiera existir efectivamente de política pública a la acción concreta de un servicio que se otorga en el sector salud” (Entrevistada folio 04; 42 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias turno matutino, fecha de la entrevista 28 de septiembre de 2020) la política institucional sobre la atención al usuario, está implícita en la cita anterior, con los lineamientos para ofrecer el servicio, documentos, procesos hospitalarios, consultas, usados como símil de política pública.

La postura “desde arriba” de las políticas públicas, no incorporan en sus procesos la participación ciudadana, la democracia y la gobernanza, determinantes para lograr que su elaboración se acorde al contexto de la población beneficiaria; su implementación tenga una cobertura deseada y la evaluación sea con criterios válidos y objetivo. Esta perspectiva trae consigo una sumisión implícita que no es perceptible por los profesionales, ¿a qué nos referimos con esto? El gobierno es el encargado de formular, ejecutar y evaluar la política pública, ellos legítimamente tienen el poder y la capacidad para decidir la mejor alternativa para responder a ese problema, incluido no realizar acción alguna, por lo tanto, no se cuestiona los métodos para llevarlos a cabo porque además cuentan con los mecanismos para una represión sofisticada apegada a la legalidad si esta no es efectiva, por lo tanto, no hay costo político por esta decisión inadecuada. Como se ejemplifica a continuación:

“lo que regula las formas de cómo se pueden dar y lo que rigen los procedimientos para poder darle el beneficio, en este caso de salud a la población en general. Sería como una rectoría” (Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020); o “son acciones que va haciendo el gobierno o que va determinando el gobierno para el beneficio, en este caso, pues de la niñez mexicana o en este caso de los pacientes que acuden aquí al hospital, son estrategias que utiliza el gobierno” (Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020) y por último “son acciones encaminadas a mejorar el bienestar de la sociedad, viene relacionado con lo político, pues inmediatamente se me vienen a la mente lo social y lo social, pues está conformado por individuos” (Entrevistado folio 09; 53 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Trasplante de Hígado y Endocrinología, entrevista realizada el 1 de diciembre de 2020)

Esto mismo es reproducido en el Departamento de Trabajo Social. La jefatura establece cuatro funciones de acuerdo con el trabajo que consideran se realiza en la

institución, sin consultar al personal operativo sobre su decisión, tiene la legitimidad para hacerlo y posteriormente ejecutarla, no hay participación ciudadana (personal operativo que realiza su práctica laboral en la institución), la presencia de la democracia (diálogo entre la Jefatura de Trabajo Social-supervisoras-personal operativo sobre la acción profesional dentro de la institución) y sin gobernanza (interacción con los usuarios y los profesionales de trabajo social para saber si son acordes al momento sociohistórico-cultural de la realidad de la población atendida), el costo político fue nulo debido a que hay desconocimiento por parte de los profesionales sobre ellas, y en la práctica no se realizan.

La perspectiva “desde arriba” en las políticas públicas está diseñada para seguir indicaciones sin cuestionarlas, así sucede con los trabajadores sociales, seguimos esa indicación aun cuando observamos las dificultades de su ejecución, porque no se tiene el bagaje teórico-conceptual para fundamentar su inadecuado funcionamiento optando por una sumisión implícita “no sé, pero yo cuando llegué aquí entré con muchos bríos de hacer cosas. sí, sin embargo, este, lamentablemente a veces hay algunos servicios que te rebasa el trabajo, y lamentablemente ya no lo haces como solías hacerlo” (Entrevistada folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020)

Se trabaja sin conocimiento de las políticas públicas de salud en la práctica laboral. Esto es importante porque de cierta manera no indica un pragmatismo sobre el trabajo del profesional de trabajo social. Desarrollar una actividad laboral en una institución de salud, implica tener conocimientos básicos sobre las mismas: definición de salud, derecho humano a la salud, políticas públicas establecidas para la atención de las problemáticas relacionadas con este tema.

El INSABI, es la política pública de salud que conocen, fuera de esa, no hay alguna otra que puedan mencionar que aporte al trabajo realizado en la institución. Por lo que se infiere un desconocimiento sobre sus reglas de operación, la cuales fueron emitidas hace menos de seis meses, por lo que no tiene certeza en la cobertura que brinda y que hacer en caso de no tener los insumos y aparatos requeridos para el tratamiento/diagnóstico de los pacientes, situación que preocupa a los profesionales sobre su actuación en el tema de salud.

No se considera la perspectiva “desde abajo” en la definición de política pública por parte del profesional de trabajo social. Salvo una definición de política pública con estas características, los profesionales de trabajo social no tienen la percepción de una política que incluya la participación ciudadana, la democracia y la gobernanza como parte de sus procesos. Esto se nota en las definiciones, donde se enfatiza la atención médica del usuario al acudir a la institución. Debido que las áreas de Trabajo Social no son autónomas, dependen de la hegemonía política del médico en la toma de decisiones jurídico-administrativas, la cual sigue operando por encima de cualquier otro personal de Salud.

Lo que explica el trato hacia el usuario al no contemplarlo como sujeto de derechos que ejerce su ciudadanía, para tratarlo como un actor pasivo que requiere de un profesional con los conocimientos necesarios para facilitarle la solución a los problemas que presenta. Eso denota una postura contradictoria ya que se quiere volverlos autogestivos, cuando nuestra definición de política pública es con la visión tradicional de la profesión, es decir, no se para favorecer su derecho humano a la salud al ser atendidos como población necesitada y no como ciudadanos.

Conclusiones categoría 3. *Trabajo social, derecho humano a la salud y enfoque de derechos en la práctica laboral del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez*

Definición de salud con enfoque tradicional. La salud como se observado en el capítulo 2 y 4, no solo corresponde a una cuestión biológica del cuerpo, sino, es un derecho asociado a otros que permiten lograr un bienestar. Los profesionales de trabajo social al hablar sobre dicho concepto respondieron de forma tradicional, es decir, no incorporaron otros aspectos relevantes para el desarrollo adecuado del proceso salud enfermedad, con los derechos sociales (alimentación, empleo, vivienda, recreación, medio ambiente sano)

Esto se asocia con la definición de política pública con la perspectiva “desde arriba”, una visión tradicional de responder a las problemáticas sociales que afectan a la sociedad y que en ocasiones no contemplan los factores que la articulan. Por lo que sería pertinente integrar un concepto de salud acorde a las circunstancias actuales de emergencia sanitaria, donde el aislamiento social ha desactivado la economía, la dinámica familiar se ha modificado, la convivencia se ha vuelto más estrecha o a ocasionado problemáticas que no era posible identificar sin este momento histórico.

Derecho humano a la salud y enfoque de derechos, sinónimo de trato digno, calidez, y calidad. Al igual que el binomio: política pública-política institucional, el derecho humano a la salud y el enfoque de derechos son asociados a las políticas institucionales, derechos de los usuarios, información proporcionada, orientaciones trato digno, cordial, con respeto y humildad. Si bien son elementos del enfoque de derechos y el derecho humano a la salud, no podrían considerar sinónimos como se ejemplifica a continuación:

porque principalmente en el actuar hacia los familiares, el interés precisamente por, por el bienestar tanto de la familia como del paciente, heee, considero que pues si tengo lo que se acaba de mencionar. Pues principalmente orientándolo en relación a todas las, la gama de ayuda que se le puede proporcionar, hee, por este hospital. ¿Un ejemplo eh? Podría ser eh, en el aspecto económico, hee, los beneficios que se puede obtener a través de programas como el INSABI, heee, pues. Principalmente orientándolo. En ese aspecto o eh también apoyándolos en relaciones a todas las eh fundaciones que también puedan ayudar al paciente (Entrevistado folio 09; 53 años, adscrito al servicio de Trasplante de Hígado y Endocrinología, entrevista realizada el 1 de diciembre de 2020)

Si existe un interés por la situación familiar del paciente está implícito el enfoque de derechos, es un componente indispensable ya que sin ese interés no se podrían movilizar los demás recursos para favorecerle ese derecho, sin embargo, no puede solamente basarse en ello, sino acompañarlo de un fundamento teórico metodológico que argumente su actuar profesional. por lo que el siguiente testimonio es revelador sobre el enfoque de derechos “yo creo que nosotros tenemos que tratar, lamentablemente por las políticas institucionales, a un usuario con las políticas institucionales” (Entrevistada folio 01; 47 años, adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020), o como este testimonio:

¿cómo?, ¿cómo se entiende? Como justamente eso, o sea, tratar, el trato a la gente. Primero que venga este hospital a ser atendido, sin ninguna condición, ser tratado con dignidad, darle, darle todas las facilidades para que pueda acceder a esas, a esos servicios, hee, pero también creo que, creo que, un poco nos hemos quedado en la parte del trato, digno, desde trabajo social, desde la práctica y por lo que yo he visto. Creo que la, creo que, (golpea con los dedos el escritorio) el derecho a la salud lo hemos estado condicionando (Entrevistada folio 10: 49 años, adscrita al servicio de Supervisión de Trabajo Social, entrevista realizada el día 4 de diciembre de 2020)

Si bien el trato digno es parte fundamental del derecho humano a la salud, no lo es todo en atención al usuario cuando acude a la institución. Es necesario respetar su ideología, conocer el contexto donde interactúan, ver qué derechos sociales tienen cubiertos para favorecer su acceso a la salud y no volvernos obstaculizadores. Ideologizar el trato de calidad y calidez con el enfoque de derecho, es limitar la fundamentación del profesional, sin reflexionar en el ejercicio de los derechos al enfocarse solo en la atención médica, como se manifiesta en este testimonio:

Buscar alternativas externas (Organizaciones de la Sociedad Civil, Instituciones de Asistencia Privada), para ejercer ese derecho del paciente y su familia mediante, tratamientos, quimioterapias, estudios externos, por medio de la gestión de algunos tratamientos, y quimioterapias de costo elevado y tiempo prolongado” (Entrevistada folio 03, 47 años, adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020)

La materia prima está ahí con los usuarios, sus realidades, sus contextos y percepciones, para ser parte de una objetivación de la institución (HIMFG) en una estructura ya dada con sus lineamientos, normas, procesos administrativos y burocráticos que realizan los familiares (agentes) en esa interacción con los demás profesionales de la salud que les permite tomar decisiones para incorporarlas a su estructura en ese juego relacional. Este hábitus es parte de esa interacción entre el usuario y el profesional de trabajo social; el lado objetivo con los procesos de inducción para ejercer su derecho humano a la salud, acudir a una hora determinada a su cita, pagar la consulta, esperar a ser atendido, la aplicación del estudio socioeconómico y es ahí donde la parte subjetiva se visibiliza, se hace presente, con la dinámica familiar, el tiempo invertido para llegar a la institución, la infraestructura para acceder a ella, el gasto que implica, el cuidado de los otros, el empleo precario

del proveedor económico para solventar sus carencias sociales. Esto se ejemplifica con el siguiente fragmento:

Y esto no lo hace alguien que tiene una capacidad para poder instruir a esa familia que viene con el dolor, del paciente porque tiene cáncer, que viene con la necesidad de que apenas si le alcanza el baro o la parte económica para regresarse a su casa y que va a tener que ir, acudir al servicio, que le va a abrir el expediente porque ya se gastó los 200 pesos que traía y la van a poner caras para que le faciliten 50 pesos pa' que regrese a Neza. Entonces creo que podemos ser facilitadores positivos, no en muchas, en muchas situaciones para, para hacer una estancia transitoria, cálida, cordial, amable, empática, donde obtengas la respuesta tanto de tus médicos, como de la gente que trabaja contigo y te sientas en un ambiente donde eres escuchado, donde eres entendido (Entrevistada folio 07, 34 años, adscrita al servicio de Nefrología, entrevista realizada el día 23 de octubre de 2020)

Desde la perspectiva del profesional en la práctica laboral, hay una ambivalencia entra la política pública y el derecho humano a la salud. Por un lado, están quienes definieron la política pública con perspectiva “desde arriba” y consideraron que si existe esta relación entra ambas por el hecho de recibir atención médica o trabajar en una institución de salud, al enfocarse en un trato digno hacia el usuario durante la estancia hospitalaria para favorecer este derecho. Sin embargo, hay quienes no encuentran relación entre la política pública y el derecho humano a la salud, porque de acuerdo con su percepción hay exclusión en la atención médica por las condiciones sociales que impiden su accesibilidad, y donde se acentuaron más por la emergencia sanitaria que ha rebasado el sistema de salud, como se observa en el siguiente testimonio donde se argumenta dicha relación:

Las políticas públicas se basan más en cuestiones clientelistas, de obtención de votos para un determinado partido, y cuestiones de poder, que realmente hacia una información real y una información objetiva de cuál es la situación de salud, o el derecho a la salud de la población. Las políticas públicas nunca han sido objetivas con una situación de derecho a la salud, porque no todos tenemos derecho a la salud. ¿quién puede estar bien mentalmente cuando no tiene que comer?, ¿cuándo tiene que trabajar más de ocho horas?, ¿cuándo hay que doblar doble turno para poder sacar adelante una familia? (Entrevistada folio 01; 47 años, adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Mientras en este testimonio explican porque consideran que si hay relación entre la política pública y el derecho humano a la salud:

Porque, algunos programas cómo era el seguro popular, hoy actualmente INSABI, están enmarcados en una política y esa política viene a través del gobierno y el cual, si considera que principalmente tiene como margen o como línea, ese derecho a la salud que tienen los ciudadanos. El gobierno es quien se encarga de la directriz de estas políticas, sin incluir a los demás actores (población beneficiaria, ciudadanía, organizaciones de la sociedad civil) El Derecho a la salud lo tienen los ciudadanos como parte de su condición de ser humano, y estar insertos en una sociedad. (folio 09; 53 años, adscrito al servicio de Trasplante de Hígado y endocrinología, entrevista realizada el 1 de diciembre de 2020)

En el primer caso al definir la política pública desde la perspectiva “desde abajo”, percibe que las cuestiones electorales son las que realmente rigen la directriz de las políticas públicas, de tal forma que no se observa un trabajo donde haya una investigación que determine la población que requiere la atención, la viabilidad de llevarla a cabo y el logro de las metas establecidas, el derecho humano a salud está asociado el recurso económico para acceder a ella, y se tienen otros factores indispensables para favorecer ese derecho.

En el segundo caso, su definición de política pública fue desde la perspectiva “desde arriba” que coincide con la relación que estableció debido al trabajo realizado en su práctica laboral, la política pública del INSABI se generó desde el gobierno para cubrir a la población que no cuenta con algún tipo de seguridad social, considera a la población atendida ciudadanos por el hecho de recibir ese beneficio algo que esta perspectiva tiene marcada con los actores pasivos. El considerar el derecho a la salud como una condición de ser humano, no sería congruente con esa relación marcada entre la política pública con perspectiva desde arriba y el derecho humano a la salud, ya que se determina cómo será su acceso, bajo qué criterios, sin que sea uno de ellos esa condición de humano o ciudadano en el sentido de ejercer ese derecho y aportar desde su experiencia para acceder a él.

Considerando estos dos puntos esenciales: la política pública y el derecho humano a la salud, aunado a la visión del Departamento de Trabajo Social, podemos argumentar que las funciones establecidas para los trabajadores sociales no tienen relación con su práctica laboral si consideramos los aspectos esenciales en la población mexicana que han afectado no solo la salud, sino ha repercutido en su economía, su entorno, su dinámica familiar y sus formas de relacionarse: la política de gratuidad en los servicios de salud y la reconversión hospitalaria por la pandemia de Covid-19, esas funciones están desfasadas del espacio-tiempo de trabajo social.

De tal forma que posterior a las conclusiones que se han elaborado de cada una de las categorías, nos han brindado los elementos para responder a la pregunta de investigación que planteó en este trabajo de tesis: ¿Qué se requiere para incluir la investigación como función estratégica del trabajo social en el ámbito de la política de salud con base en enfoque de derechos?

Hallazgos.

La capacidad de adaptación del profesional de trabajo social a los nuevos desafíos como lo fue la emergencia sanitaria por COVID-19 en las instituciones de salud, puso de manifiesto que se requiere solventar las debilidades disciplinares que aún persisten en el espacio social, e intervenir con metodologías acordes a los contextos actuales, aprovechando los conocimientos adquiridos en la práctica laboral y complementarlos con fundamentos teórico-metodológicos que permitan lograr una incidencia con un carácter de científicidad en las instituciones de salud. Esto debido a que la forma de trabajo para los profesionales del HIMFG con el cambio de la política pública de gratuidad y la pandemia fue de la misma.

A pesar de que la literatura tiene identificada las funciones del trabajador social, en la parte operativa persiste la dificultad para definir las, ya que su trabajo cotidiano por la rutinización institucional en la atención al usuario propicia la realización de actividades para solventarlas, por lo que tienden a ser sinónimos para el profesional de trabajo social del HIMFG.

Se reconoce la importancia de la investigación y las aportaciones que tendría para su práctica laboral, e inclusive hay cierto interés en realizarla con temas pueden llevarse a cabo, sin embargo, persiste la visión sobre esa función como algo ajeno a su trabajo respecto a la atención al usuario, que implica un mayor esfuerzo y en ocasiones provoca tensiones familiares, es decir, no hay una asimilación de que es parte de su práctica laboral en la institución

La dificultad para interiorizar el derecho humano a la salud y el enfoque de derechos como parte de su trabajo en la operatividad de la política pública de salud dentro de la institución, sin reflexionar que va más allá de un trato cordial, respetuoso, cálido y humano.

La concepción de la política pública denota una definición del enfoque “desde arriba” lo que nos pareció interesante debido a que el profesional en su práctica laboral tiene una constante interacción con el usuario, sus problemáticas y trata de proponer alternativas desde esa implementación, puede observar las deficiencias o los aciertos que hay en ella en la institución como parte del trabajo operativo, por lo que se creería que su definición consideraría elementos característicos del enfoque desde abajo”.

Conclusiones generales

Las conclusiones generales se dividirán en tres rubros: 1) Problemas estructurales; 2) Limitaciones institucionales, y 3) Factores personales.

Problemas estructurales.

Como parte de los problemas estructurales encontramos a la política pública y la forma de concebirla por parte de los trabajadores sociales con el enfoque “desde arriba”, situación que se materializa en la operatividad de la misma y propicia una ambivalencia entre el derecho humano a la salud, el enfoque de derechos en su actuar profesional y la política pública, confundiéndolas con las políticas institucionales y el trato de calidad y calidez hacia el usuario, lo que limita su actuación al cumplimiento de estos elementos para considerar que desempeñan su trabajo acorde a los parámetros ético-institucionales para favorecer el ejercicio del derecho a la salud de los usuarios.

El derecho humano a la salud se entiende de forma parcial y en ocasiones asociado a lineamientos institucionales más que a una forma de favorecerlo, sin entender las

cuestiones de fondo y su respaldo de normas de carácter universal que prevalecen para su adecuado ejercicio, contemplando su carácter de indivisibilidad y complementariedad con los otros derechos humanos.

Limitantes institucionales.

La posición asignada al trabajador social en la institución como profesional de primer contacto con el usuario y capaz de resolver situaciones emergentes en los tratamientos de los pacientes, lo colocan como un profesional que sirve de apoyo a los otros y se le pueden delegar acciones o procedimientos burocrático-administrativos por las complicaciones que tiene al definir sus funciones de sus actividades, además de carecer de los fundamentos teórico-metodológicos para diferenciarlas en su práctica cotidiana y que implica una debilidad con los otros profesionales en la interacción con ellos debido a que su capital cultural y simbólico no tiene la fuerza para incidir con fundamentos de científicidad.

Lo anterior nos lleva a tener un desfase en las funciones establecidas por el Departamento de Trabajo Social del HIMFG, las cuales no se llevan a cabo y se continúan haciendo el mismo trabajo durante la emergencia sanitaria y la gratuidad en los servicios, donde prácticamente no habría cambios entre estos puntos de inflexión, debido a que no hubo una planeación para prevenir esta situación y brindar aportaciones acordes al momento socio-histórico que actualmente se vive en la sociedad mexicana, relegando a la investigación como parte de las funciones a realizar, pero solo de forma discursiva ya que no se lleva a cabo como tal en la institución por la dificultad que implica para los trabajadores sociales.

El cambio de política pública de salud con la gratuidad en los servicios y los medicamentos propició un debate al interior de la institución respecto al estudio socioeconómico y la utilidad como instrumento principal para los profesionales de trabajo social en el hospital, sin visualizar los aportes que puede tener para el trabajo con los usuarios y las problemáticas que presentan, e incorporar aspectos que pudieran ser de utilidad para lograr una mejor intervención con el usuario al acudir a ejercer su derecho humano a la salud.

Factores personales.

La investigación como función no se percibe como parte de su actividad laboral, sino como una acción que requiere hacerse fuera de los horarios laborales y priorizando las situaciones familiares sobre las laborales para desempeñar esta función e internalizarla como una parte de mi trabajo que podría beneficiar a la profesión al interior de la institución.

La motivación para llevarla a cabo es un factor preponderante en los profesionales de trabajo social del HIMFG, ya que desde su perspectiva carecen de ella para realizarla, además que de no observan un beneficio mayor que retribuya en el aspecto económico, además que tiene en ideario colectivo que esta solo la pueden realizar los médicos y los psicólogos por la formación que poseen.

Por último, se presenta el anexo metodológico en la introducción, para visualizar un panorama general del proceso de investigación:

Anexo Metodológico

Pregunta de Investigación		¿Qué se requiere para incluir la investigación como función estratégica del trabajo social en el ámbito de la política de salud con base en enfoque de derechos?
Supuesto hipotético		Los trabajadores sociales del Hospital Infantil de México Federico Gómez podrán dotar de sus funciones de un carácter de científicidad considerando el enfoque de derechos y el conocimiento las políticas públicas por medio de la investigación.
Objetivo general		Analizar las funciones del profesional de trabajo social en salud del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" desde un enfoque de políticas públicas y el derecho humano a la salud.
Objetivos específicos		<ul style="list-style-type: none"> -Identificar si las funciones del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el marco de las políticas públicas y las políticas institucionales con las realizadas en su práctica laboral. -Establecer si las funciones realizadas en la práctica laboral del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez tienen relación con el derecho humano a la salud de los usuarios niñas y niños. -Promover la investigación como una de las funciones estratégicas del profesional de trabajo social del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
Paradigma	Naturalista/interpretativo	La naturaleza ontológica de la realidad social es compleja, dinámica y singular, determinada histórica y socioculturalmente, por lo que debe ser estudiada de una manera holística y sistemática, desde una perspectiva fenomenológica y hermenéutica. Se asume la producción de conocimiento a partir del mundo interior de los actores sociales, donde el sujeto y el objeto no son separables puesto que forman parte del fenómeno estudiado; se reivindica la subjetividad como fuente de conocimiento; la investigación enfatiza la comprensión e interpretación de la realidad y se aboca al estudio de casos y de la realidad social de las personas como sujetos de derecho (Ruiz: 2008; p 15)
Enfoque	Cualitativo	Estudia la realidad en su contexto específico, es decir, el de los profesionales de trabajo social realizando sus actividades laborales, en la interacción con los otros profesionales, colegas y usuarios, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (Rodríguez, 1999), se pretende conocer la percepción de los principales actores involucrados en el proceso de entender y comprender la funciones que realizan dentro de la institución.
Método	Fenomenológico	Busca entender las experiencias de personas sobre un fenómeno o múltiples perspectivas de este (Hernández & y Mendoza: 2018; p. 525), tiene como característica experiencias comunes y distintas, categorías que se presentan frecuentemente en las experiencias (Hernández & Mendoza: 2018, Ibidem) y su objeto de estudio es individuos que hayan compartido la experiencia o el fenómeno (Hernández & Mendoza: 2018; 526).
Técnica	Entrevista a profundidad	En el caso del método fenomenológico las técnicas de recolección más comunes son la observación, entrevistas y grupos de enfoques (Hernández & Mendoza; 2018: 526). Se considera apropiado para esta investigación la utilización de la técnica de la entrevista a profundidad, que se entiende de la siguiente manera: programados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras, ya que esta busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez-Gayou, 2003)

Instrumento	Guía de entrevista	Se encontraran preguntas abiertas de la información proporcionada la cual tendrá una gran valía para la investigación respecto a lo que consideran como una función, política pública, derecho humano a la salud, fundamentos teórico metodologicos en su actuar profesional, salud, enfoque de derechos.
Muestra	Casos-tipo	El objetivo es analizar los valores, experiencias y significados de un grupo social (Hernández & Mendoza: 2018; p. 430) se sugiere en estudios de corte fenomenológico diez casos
Los diez casos entrevistados fueron los siguientes:		<ul style="list-style-type: none"> 1 trabajadora social del servicio de Urgencias del turno matutino. 1 trabajadora social del servicio de Urgencias del turno de velada. 1 trabajadora social del servicio de Oncología del turno matutino. 1 trabajadora social del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). 1 trabajadora social del servicio de Nefrología 1 trabajador social del servicio de Cirugía General 1 trabajadora social del servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI. 1 trabajadora social del servicio de Cirugía Cardiovascular. 1 trabajador social del servicio de trasplante hepático. 1 supervisora de trabajo social.
Complicaciones del trabajo de campo		Fue necesario cambiar tres profesionales de la muestra original, esto debido a su carga de trabajo, disposición, aunado a la reconversión hospitalaria y el trabajo por guardias, a continuación se mencionan los servicios que se descartaron: trabajadora social del servicio de neurocirugía turno matutino; trabajador social del servicio de urgencias de turno vespertino, y trabajadora social del servicio de UTIP (Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica); esta última por problemas de salud de un familiar.
Lugar de realización de las entrevistas		Las entrevistas fueron realizadas en los cubículos de cada uno de los trabajadores sociales. El procedimiento fue el siguiente: se establecía contacto cara a cara para preguntar si querían participar en la investigación, se les pedía que indicaran al investigador la hora en que podía acudir a su lugar de trabajo para hacer la entrevista. Una vez que se establecía la hora de la entrevista se hablaba con ellos vía telefónica para saber si estaban disponibles, si tenían trabajo se programaba otra hora o día si así lo pedían, si tenían tiempo acudía a su lugar de trabajo, se entregaba el consentimiento informado y se les explicaba la utilidad de ese documento: dar a conocer el objetivo de la entrevista, el tema de investigación, tiempo de duración de la entrevista, la cual sería grabada, indicando si había algún inconveniente por utilizar ese aparato, cuando aceptaban se iniciaba con la entrevista.
Condiciones de la entrevista		Las entrevistas fueron realizadas en sus respectivas oficinas de trabajo a puerta cerrada, cuando acudía algún familiar u otro personal de la institución se detenía la grabación y se reiniciaba cuando terminaban de atender el asunto en cuestión. Por las condiciones sociofamiliares de cada uno de ellos, el trabajo de guardias por la pandemia y reconversión hospitalaria [fue necesario hacer las entrevistas en estas condiciones.

Referencias

Abreu, M. (2009) El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. Servicio Canario de Salud. Revista Enfermeros, 2 (3), p. 70-79.

Aguilar, L. (2004) Recepción y desarrollo de la disciplina de Política Pública en México. Un estudio introductorio, Sociológica 54 (19) pp. 15-37, Universidad Autónoma Metropolitana, México, D. F.

Aguilar, L. (1992) El estudio de las políticas públicas. Edit. Miguel Ángel Porrúa, México

Aguirre, R. & Macías, M. (2002) Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Revista de humanidades Médicas. 1 (2), pp 1-15, Ciudad de Camaguey

Álava, L., Rodríguez, L, & Párraga, G. (2017) "El perfil profesional de los trabajadores sociales del siglo XXI", Revista Caribeña de Ciencias, pp.1-9

Alayón, N. (2007) Acerca del quehacer profesional de Trabajo Social en profesionalización en trabajo social: rupturas y continuidades, de la reconceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos. Espacio Editorial, España, pp. 9-15

Alberich, T. (2014) Democracia, participación ciudadanía y funciones de Trabajo Social. Trabajo Social Global, Revista de investigación en intervención social, 4 (6), pp 3-30, Universidad de Granada.

Álvarez-Gayou, J. (2003). Como hacer investigación cualitativa fundamentos y metodología. México: Paidós.

Álvarez, L. (2005) El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Revista. Panamericana de Salud Pública, OPS, 18 (2)., p.129-135.

Ambasch, V., Cabrera, C. & Ortega, C. (2020) Protocolo de Abordaje Desde Trabajo Social en la Problemática Socio Sanitaria de Infección por COVID-19, Colegio de Profesionales de Servicio Social de la Provincia de Córdoba recuperado en http://cpsscba.org/confluenciasvirtual/?p=7568&fbclid=IwAR15SOM9EzP4D_0SpC5ZMyvqI7_EVqcHqlhTTaP5ogqrtGARQ7Tz0BbCADk, el 23/04/2020

Andreoni, L., Rochetti, N, Suardiaz, C. & Zucherino, L. (2014) Debates en torno a la investigación en trabajo social: la actitud investigativa como aporte profesional en Lo metodológico en trabajo social: desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social, Editorial de la Universidad de la Plata, Argentina, pp. 24-39.

Auyero, J. (2009), "Pacientes del Estado". Un reporte etnográfico sobre la espera de la gente pobre. Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Sociología Documento de Cátedra N° 64

Baeza-Bacab, M., Sienrra-Monje, J., & Reyes-Vázquez, H. (2019) La fundación del Hospital Infantil de México, ahora Hospital Infantil de México Federico Gómez, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, No. 76, pp. 146-154, Ciudad de México.

Ballesteros, A., Viscarret, J. & Úriz, M. (2013). Funciones profesionales de los trabajadores sociales en España. Cuadernos de Trabajo Social, 26, pp.127-138

Bobadilla, J. (1998) Políticas de salud: la reforma en México y en el mundo. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. Organización Mundial de la Salud

Bourdieu, P. (1997) Razones prácticas sobre teoría de la acción, Edit. Anagrama, Barcelona, España, pp-7-232.

Bourdieu, P. (1987) Cosas dichas, Edit. Gedisa, Francia, pp.11-200

Bourdieu, P. (1979), "Los tres estados del capital cultural", Actas de Investigación en Ciencias Sociales, No. 30, pp 3-6

Bueno, A., (2013) Producción de conocimiento sobre investigación en Trabajo Social Revista Trabajo Social 15: Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. Pp. 125-141.

Canto, M. (2014) Gobernanza y Sociedad. Los gobiernos locales en un mundo. UAM-Xochimilco, Año V, No. 8, enero-junio de 2014, pp 39-51

Canto, M. (2010) Políticas públicas y derechos humanos en Los derechos humanos en las ciencias sociales: Una perspectiva, FLACSO-México. Pp 77-105

Canto, M. (2008) Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo. Política y Cultura, núm. 24, pp. 9-37, Publicaciones UAM-Xochimilco

Canto, R. (2015) Políticas públicas, racionalidad y razón, Tópicos, Universidad Autónoma de Yucatán. Revista de Filosofía 49 pp 259-290.

Carballeda, A. (2016). ¿Qué nos hace ser trabajadores sociales? ¿Por qué el Trabajo Social?, recuperado en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000570.pdf>, recuperado el 14 de mayo de 2019, pp. 1-7.

Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Revista Margen, Argentina 65, Julio 2012. pp. 1-12.

Carballeda, A. (2008). Problemáticas Sociales Complejas Y políticas Públicas. Revista CS, n.º 1 (junio), pp. 261-272.

Cárdenas, L. (4-agosto-2020a) Gatell y su vaso medio lleno o medio vacío, *EL UNIVERSAL*, recuperado en <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/luis-cardenas/gatell-y-su-vaso-medio-lleno-o-medio-vacio>

Cardozo, M. (2013) Políticas públicas: los debates de su análisis y evaluación. Revista Andamios, 21 (10), pp. 39-59, Ciudad de México.

Castro, R. (2014) Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México Revista Mexicana de Sociología, 2 (76), pp. 167-197

Cifuentes, M., (2013) Formación en Trabajo Social e investigación: una relación insoslayable de cara al siglo XXI, Revista Trabajo Social 15: Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. pp. 165-182.

Clavijo, J. (2017) Humanización de la salud, cosificación y significados de la vida y de lo viviente en el sistema de salud colombiano en La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas Pontificia Universidad Javeriana. Pp. 45-59, Colombia.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH (2019) El interés superior de niñas, niños y adolescentes, una consideración primordial, recuperado en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/cuadri_inter_es_superior_NNA.pdf 27/mayo/2019 a las 10:55 hrs.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (CONEVAL) 2020, la política social en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (Covid-19) en México.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social, CONEVAL (2019) Diez años de medición de la pobreza multidimensional en México: avances y desafíos en la política social. Medición de la pobreza 2008-2018.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), última reforma el 06.06-2019, recuperado en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf, el 9/mayo/2019 a las 14:00 hrs.

Convención de los Derechos del Niño (1989) recuperado en <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>, el 27/mayo/2019 a las 10:53 hrs.

Correa, M., Corena, A., Chavarriaga, C., García, K. & Usme, S. (2018). Funciones de los trabajadores sociales del área de la salud en los hospitales y clínicas de tercero y cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia. Revista Eleuthera, 20, pp. 199-217.

Cruz, D. & López, A. (2019) El trabajo social, democracia y política pública. Revista Voces desde el Trabajo Social, Puerto Rico, 1 (7), pp. 86-109.

Diario Oficial de la Federación (DOF) 2020a, Programa Institucional del Hospital Infantil de México Federico Gómez, recuperado en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605321&fecha=19/11/20, el 18/enero/2021 a las 20:24hrs

Diario Oficial de la Federación (DOF) 2020b, Programa Sectorial de Salud 2020-2024, recuperado en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=559847&fecha=17/08/2020 el 4/junio/2021 a las 12:43 hrs.

Diario Oficial de la Federación, (DOF) 2019, Nota N° 3808, Decreto que crea el Insabi y desaparece seguro popular, recuperado en <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de->

[Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular](#), el 1/agosto/2020 a las 19:23hrs

Díaz, E. (2003) Los ámbitos profesionales del Trabajo Social en Introducción al Trabajo Social. Alianza Editorial, España pp. 515-554.

Dubet, F. (2010) Conflictos de normas y ocaso de la institución Estudios Sociológicos, vol. XXII, núm. 1, enero-abril, 2004, El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México, p. 3-24

Duran. V. (26-abril-2020) COVID-19, EL MAPA DEL DESABASTO, MEXICANOS CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD RECUPERADO EN <https://contralacorrupcion.mx/mapa-desabasto-hospitales-mexico-covid-19/> EL 10/agosto/2020.

Dussel, E., (2019) Hacía una nueva cartilla ético política, para leer en libertad A.C., pp. 2-33

Entrevistada folio 01; 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Pediatría Mixta, Reumatología y CEDI, entrevista realizada el día 21 de septiembre de 2020)

Entrevistado folio 02; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de UCIN, entrevista realizada el día 23 de septiembre de 2020

Entrevistada folio 03, 47 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Oncología, entrevista realizada el día 25 de septiembre de 2020

Entrevistada folio 04; 42 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias turno matutino, fecha de la entrevista 28 de septiembre de 2020

Entrevistado folio 05, 48 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Cirugía General, entrevista realizada el 2 de octubre de 2020

Entrevistada folio 06; 52 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Urgencias velada, entrevista realizada el 23 de octubre de 2020.

Entrevistada folio 07, 34 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Nefrología, entrevista realizada el día 23 de octubre de 2020

Entrevistada folio 08; 51 años, Trabajadora Social adscrita al servicio de Cirugía Cardiovascular, entrevista realizada el día 3 de noviembre de 2020

Entrevistado folio 09; 53 años, Trabajador Social adscrito al servicio de Trasplante de Hígado y endocrinología, entrevista realizada el 1 de diciembre de 2020

Entrevistada folio 10: 49 años, adscrita al servicio de Supervisión de Trabajo Social, entrevista realizada el día 4 de diciembre de 2020

Espinosa, M. (2009). La participación ciudadana como una relación socio-estatal acotada por la concepción de democracia y ciudadanía. Andamios, Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de la Ciudad de México 5 (10), 71-109.

Federación Internacional de Trabajo Social (FITS, 2015) recuperado en <https://www.ifsw.org/trabajo-social-en-america-latina-y-el-caribe/>, el 21/julio/2020 a las 13:21 hrs.

Fee, E. & Krieger, N., (1993) Salud Pública antes y a hora comprensión del VIH-SIDA: interpretaciones históricas y los límites del individualismo biomédico, 10 (83), Revista Americana de Salud Pública, p. 1477-1486.

García, C. & Piña, J. (2012) Políticas Públicas en Materia de Salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000. Salud y Sociedad, 2 (3), pp 194-209, Universidad Católica del Norte, Chile.

García. S. (10-agosto-2020) AMLO ordena eliminar todos los fideicomisos, *EL UNIVERSAL*, recuperado en <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/salvador-garcia-soto/amlo-ordena-eliminar-todos-los-fideicomisos>

García-Ramírez, J. & Vélez-Álvarez, C. (2013) América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Revista de salud pública 15 (5) pp 731-742. Universidad Nacional de Colombia

Giménez, G. (1997) La sociología de Pierre Bourdieu. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, pp. 1-23

Gobierno de México/Secretaría de Salud (2020) Lineamiento de Reconversión Hospitalaria, Covid-19

Goffman, E. (1961) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores, Buenos Aires Argentina, 2ª. edición al castellano (1972), p. 8-82.

Gómez, R., Orozco, D., Rodríguez, F. & Velásquez, W. (2007). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 24, 105-118 Universidad Antioquia, Colombia

Guerrero, O. (1997) Las políticas públicas antes de las ciencias de las políticas. Gestión y política pública, 2 (VI) México, segundo semestre de 1997, pp. 257-284.

Guerrero, O. (1993) Políticas Públicas Interrogantes. Revista de Administración Pública, México, 84, pp 83-88

Guerrero, O. (1991) Las políticas públicas como ámbito de concurrencia multidisciplinaria, Revista de Administración y Desarrollo, Santa Fe de Bogotá, 29, pp 11-33

Guerrero, O. (1990) Políticas públicas: una resurrección de la ciencia pública. Revista de Teoría y Práxis Administrativa, 11, 12 y 13 (II y IV), pp 41-44, Instituto de Administración Pública de Nuevo León, A.C.

Hernández-Aguadoa, I. & Fernández-Cano, F. (2007) Políticas de salud y salud pública, Gaceta sanitaria, 4(21), pp 280-281, España.

Hernández, J., (2018) El papel de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ante el encuentro histórico de los derechos humanos y el desarrollo: el enfoque basado en derechos humanos (EBDH), Universität Bielefeld, Alemania, Forum for Inter-american Research (fiar) Vol. 11.3, pp. 140-156

Hernández, M., Hernández, M., Mauri, J. & García, V. (2012) Revista Habanera de Ciencias Médicas, 11 (5), pp 727-735, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

Hernández, R., & Mendoza C. (2018) Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill Education, Ciudad de México, pp 1-703

Herrero, M. & Belardo, M. (2020) Negacionistas, gradualistas y estrictos. El complejo engranaje entre las políticas, el tiempo y los sistemas de salud en [Posnormales. Pensamiento Contemporáneo en Tiempos de Pandemias](#). Argentina, Editorial ASPO, pp. 91-126.

Hospital Infantil de México Federico Gómez (2019a) Quiénes somos, recuperado en http://himfg.com.mx/interna/dirgeneral/quienes_g.php el 8/marzo/2020 a las 19:00 hrs.

Hospital Infantil de México Federico Gómez (2019b) Subdirección de Atención Integral al Paciente, recuperado en <http://himfg.com.mx/interna/dirmedica/subaip/subaip.php> el 8/marzo/2020 a las 19:05 hrs.

Hospital Infantil de México Federico Gómez (2019c) Departamento de Trabajo Social, recuperado en <http://himfg.com.mx/interna/dirmedica/subaip/tsocial.php>, el 8/marzo/2020 a las 19:10 hrs.

Idrovo, J. (2017) Determinación social del proceso salud-enfermedad, una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. Revista Salud Pública, Colombia 19 (3), 404-408

Iamamoto, M. (2005) La investigación en servicio social en el contexto latinoamericano, Revista Catedra Paralela, Mar de Plata, Argentina, No. 2. pp. 9-20.

Instituto de Ciencias de la Salud Global de la Universidad de California en San Francisco (UCSF) 2021, La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso (2021)

Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI (2020) Que hacemos, recuperado en <https://www.gob.mx/insabi/es/que-hacemos>, el día 13/marzo/2020 a las 20:35 hrs.

Karsc, S. (2007). Problematizar el trabajo social, definición, figuras, clínicas, Barcelona, España, Editorial Gedisa, pp. 1-216

Lafit, J. Otero, L. & Nogueira, M. (2016) Los problemas de salud y el trabajo social. Introducción a una mirada compleja en Problematizando la Salud Aportes Conceptuales y Experiencias de Trabajo en Territorio desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva, Cátedra de Medicina Social /Salud Colectiva Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de la Plata, Argentina, pp. 27-39

Ley General de Salud (2020). Recuperado en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf el 9/mayo/2020 a las 12:17 hrs.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2020) recuperado en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_291119.pdf, el 08/febrero/2020 a las 12:13 hrs.

Lindblom, C. (1992) La ciencia de “salir del paso” en La Hechura de las Políticas Públicas, editorial Miguel Ángel Porrúa. p-201-227, México, D.F.

López, D., Preciado, A., Hernández, E., Hernández, G., & Ortiz, R. (2019) Salud y Sociedad. Cuando la explicación biológica no alcanza. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, s/p.

López, S. (2016) De qué hablamos cuando decimos Medicina social/salud colectiva. Conceptos y categorías de análisis en Problematizando la Salud Aportes Conceptuales y Experiencias de Trabajo en Territorio desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva, Cátedra de Medicina Social /Salud Colectiva Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de la Plata, Argentina, pp. 7-26

Malacalza, S. (2019) Construcción del Conocimiento en Trabajo Social, Revista Cuaderno de Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile, 13(1), p. 57-71.

Martínez-Oliveros, A. (2015) Las Políticas Públicas Modelos y Contenido. FERMENTUM, Mérida-Venezuela, 72 – (25), enero-abril, 2015, pp 34-40

Matus, T. (2016) ¿Vincular en tiempos de crisis? Aportes de los enfoques contemporáneos en Trabajo Social a una crítica de lo relacional, en Trabajo Social, Arte para generar vínculos, publicaciones de la Universidad de Deusto, Bilbao, España, pp. 13-37

Matute, C. (2010) Revista de Administración Pública, Gobernanza el nuevo proceso de gobernar de Luis F. Aguilar Villanueva, 2010, pp 139-145, UNAM, Ciudad de México

Mendoza-Popoca, C. & Suárez-Morales, M. (2020) Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19, Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 43. No. 2. pp 151-156

Mercer, H. (1984) Hospitales y práctica médica en la ciudad de México Estudios Sociológicos, 5/6 (2), Salud, Estado y sociedad. El Colegio de México A.C., México D.F. p. 335-349

Míguez, M. (2017) Genealogía, poder y disciplinamiento en el trabajo social: un análisis desde Foucault. Revista Frontera, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, Uruguay, número 10, p. 163-174

Montaño, C. (2017) Teoría y práctica del Trabajo Social crítico: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna en Procesos de intervención en trabajo social: contribuciones al ejercicio profesional crítico, 1a ed., Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, pp. 21-62

Montaño, C. (2000) La Naturaleza del Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción, Sao Paulo, Biblioteca Latinoamericana de servicio social, serie ensayos, pp. 1-209

Molina, G., & Cabrera, G., (2008) Políticas públicas en salud: aproximación para un análisis. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia, Colombia, pp 3-102.

Montes de Oca, L. (2015) Tesis Doctoral: Políticas Públicas en Salud "Propuesta de un modelo de atención a la salud: Seguridad Social Única. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas Y Sociales, Facultad de Ciencias de La Conducta, Facultad de Planeación Urbana y Regional.

Montiel, R., & Godoy, A. (2018) Las competencias profesionales para la evaluación socioeconómica en el ámbito de la salud. Revista de Trabajo Social, UNAM, 18, pp. 29-40.

Ornelas, A., & Brain, L. (2018) Una aproximación al ejercicio profesional del Trabajo Social en las áreas de salud y asistencia social desde la percepción de los diversos actores. Revista de Trabajo Social, UNAM, 18, pp. 77-93.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013, Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020, recuperado en <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, el 12/febrero/2020 a las 15:47 hrs

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020a, Actualización de la estrategia frente a la COVID-19, recuperado en https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020-es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10, el 01/octubre/2020 a las 18:09hrs.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020b, Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): derechos, roles y responsabilidades de los trabajadores de la salud, incluida las consideraciones clave para la seguridad y salud ocupacional. Orientación provisional 19 Marzo 2020 recuperado en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331510/who-2019-ncov-hcwadvice-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isallowed=y>, el 01/octubre/2020 a las 18:19hrs

Organización Mundial de la salud (OMS) 2017 recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>, el 14/mayo/2020, a las 13:15 hrs.

Organización de las Naciones Unidad, ONU (2006) Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo, Nueva York y Ginebra., pp. 1-39

Organización Panamericana de la Salud (2019) INDICADORES BÁSICOS, TENDENCIAS DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017) Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país.

Organización Panamericana de la Salud (2007) Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. Salud en las Américas, 2007, volumen 1.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1978), en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, recuperado en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>, el día 14/mayo/2020 a las 14: 00 hrs.

OPS/OMS México, sin fecha, recuperado en https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387, el 3 de agosto de 2020 a las 20:45 hrs.

Pacheco, C. (2018) El Trabajo Social y las competencias profesionales. Revista de Trabajo Social, UNAM, 18, pp. 57-76

Pacto Internacional de Derechos Humanos Sociales y Culturales (1981) Recuperado en https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf, recuperado el 25/marzo/2019 a las 09:35 hrs.

Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) Recuperado en https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf el 25/marzo/2019 a las 09:37 hrs.

Palma, A. (2016) Salud Publica: Debates epistemológicos y ético-políticos para la investigación en el área. Universidad San Sebastián, Chile, revista TS Cuadernos de trabajo social, No. 16, pp. 21-40.

Parra, G. (2017) CUESTION SOCIAL Y TRABAJO SOCIAL Reflexiones sobre la dimensión ético-política en la intervención profesional, desde el fondo, No. 17 Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional Entre Rios, Argentina Gustavo Parra, pp 18-28

Parra, G., (2001) Antimodernidad y Trabajo Social Reflexiones en torno a la génesis de la profesión Gustavo Parra, Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, pp. 1-20

Pelegrí, X. (2004) El poder en el trabajo social: Una aproximación desde Foucault, Universidad de Lleida, Cuadernos de Trabajo Social Vol. 17, p. 21-43

Ribeiro, M., López, R., & Mancinas, S. (2007) Trabajo social y política social en México Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, 2 (XVII) pp. 175-200.

Rodríguez, G. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Aljibe, Málaga, España.

Ruiz, C. (2013) Manual para la elaboración de políticas públicas. Universidad Iberoamericana. Plaza y Valdés Editores, México, D.F., p.72

Ruiz, C. (2008) El enfoque Multimétodo en la Investigación Social y Educativa: Una Mirada desde el Paradigma de la Complejidad. Revista de Filosofía y Socio Política de la Educación "TORO", 8, pág. 13-28.

Ruiz. M. (2018) Práctica profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud: un trabajo en equipo. Revista de Trabajo Social, UNAM, 18, pág. 13-28

Ruiz, M. (2011) Tesis Doctoral: "Políticas Públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México". Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de Contaduría y Administración División de estudios de posgrado

San Giacomo, O. (2001). Trabajo Social y conocimiento objetivo. Editorial Lumen-Hvmanitas, Argentina, pp.1-156.

Secretaria de Hacienda y Crédito Público (2020) Avance Físico y Financiero de los Programas Presupuestarios Enero - Mayo 2020

Signos Vitales, el pulso de México (2020) La Pandemia en México, Dimensión de la tragedia, recuperado en https://www.animalpolitico.com/wp-content/uploads/2020/07/pandemia-en-me%cc%81xico_reporte2020_signos-vitales.pdf, el día 5/octubre/2020 a las 20:30hrs.

Suarez, H. (2009) Pierre Bourdieu: político y científico. Instituto de investigaciones sociales, UNAM, estudios sociológicos XXVII: 80, p. 433-449

Tello, N. (2017) El cambio en trabajo social: Intención, rupturas y estrategias. Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México, pp-85-97.

Tello N & Órnelas A. (2015) Historia del Trabajo Social en México. Artículo publicado en Trabajo Social: una historia global. Mc Graw Hill Education, España, pp. 1-18

Tello N. (2013) Pensando el trabajo social desde el trabajo social. Artículo publicado en SYNDESMOS, Ed La Ruptura, México, D.F., pp. 32-44.

Terán, M., (1986) Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud, vol. 5, no. 37, México D.F.

Torres, M. (2008). Metodología para definir funciones profesionales». Revista Cubana de Salud Pública, 34 (4), pp. 1-12

Valenti, G. & Flores, U. (2009) Ciencias sociales y políticas públicas. Revista Mexicana de Sociología 71, 167-191.

Van Meter, D & Van Horn C. (2000) El proceso de implementación de las políticas públicas. Un marco conceptual, edit. Miguel Ángel Porrúa.

Vázquez, C.. & Cid de León, B. (2015). Sistematizando la Acción de Trabajo Social en Salud. Interacción y Perspetiva, Universidad Autonoma de Tamaulipas, Revista de Trabajo Social, 5 (1), 85-102

Velásquez, R. (2009) Hacia una nueva definición del concepto "política pública". Desafíos, Bogotá (Colombia), (20) pp 149-187.

Velázquez, M. (2018) El ambiente social en el proceso salud-enfermedad. Revista Familia Médica, año 9, No. 52, pp. 44-45

Vélez, O. (2003). Reconfigurando el trabajo social. Perspectivas y tendencias contemporáneas Buenos Aires, Espacio Editorial, p. 7-147.

Vega, R. (2010) Conocimiento médico moderno y el sujeto en el libro Un enfoque crítico de la justicia social en la salud. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia, p.141-150.

Yamin, A. (2018) Los marcos de derechos humanos para la salud y por qué son importantes en La Redefinición de la salud: confrontando las relaciones de poder, Universidad de los Andes, Colombia, pp. 105-135.

Zucherino, L. & Weber, C. (2014) Tendencias teórico-metodológicas en trabajo social, la tensión entre teoricismo y pragmatismo, en Lo metodológico en trabajo social: desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social, Editorial de la Universidad de la Plata, Argentina, p. 24-39.