



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL, EN
ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA “OSE” (ORGANIZACIÓN
DE SERVICIOS A ENFERMOS) I.A.P’s”

TRABAJO RECEPCIONAL

INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA

CLAUDIA ESTHER RAMIREZ CASTAÑEDA

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. GRACIELA CASAS TORRES

MÉXICO D.F,

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

Con mi más sincero reconocimiento, para quienes han sido el eje de mi vida, por inculcarme valores y guiarme por el buen camino. A quien les debo todo lo que soy el día de hoy **“MIS PADRES”**.

A mi **“esposo Alejandro y mi pequeña Victoria y los hijos que aún faltan por llegar”** quienes son fuente de mi inspiración, los quiero mucho, gracias por su apoyo y comprensión en los momentos de angustia y por el tiempo que deje de compartir con ustedes, porque cuando sentí desfallecer en el intento de culminar este trabajo, siempre tuvieron una palabra de aliento y confiaron en mí.

A mis hermanos **“Martín, Manuel, Israel y Rafael”**, cuñadas **“Aidé, Luz, Yosi”** y sobrinos **“Shanade, Mayela, Manuel, Yair”** por el apoyo moral, económico y por compartir la alegría de alcanzar un logro más en la vida.

A la Institución **“OSE”**, por la experiencia a lo largo de estos años, a mis compañeros **“Susana, Ana, Teresa, Graciela, Ofelia, Olga, Martín”**, a todo el personal que labora en la misma, por su apoyo incondicional.

A mis Jefes, Lic. **Iliana**, y en especial a Sra. **Hilda** por el apoyo y revisión del trabajo, gracias a todos por ser participes de la realización del mismo, ya que sin su apoyo, no hubiese sido posible culminar con éxito éste trabajo.

A la **“E.N.T.S”**, por los conocimientos, adquiridos, en el aula de clases, a mis profesores y compañeros y en especial a mi directora de trabajo **Lic. Graciela Casas** y sinodales por el tiempo tan valioso que dedicaron y sus conocimientos para complementar mi trabajo.

A **Dios**, porque me ha dado fuerza espiritual, para trazar objetivos en la vida y alcanzar metas.

A todas las personas que no haya mencionado y que de alguna manera colaboraron en la realización del trabajo.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL EN MÉXICO.....	3
1.1. ANTECEDENTES DE LA ASISTENCIA SOCIAL	3
1.1.1. ÉPOCA DE LA CONQUISTA Y LA COLONIA.....	3
1.1.2. ÉPOCA INDEPENDIENTE	3
1.1.3. ÉPOCA DEL PORFIRIATO	7
1.1.4. ÉPOCA REVOLUCIONARIA	8
1.1.5. ÉPOCA MODERNA 1934-2000	9
1.1.6. PERSPECTIVA ACTUAL	13
1.2. CATEGORIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	13
1.2.1 INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA I.A.P.....	14
1.2.1.1 ¿QUÉ SON LAS I.A.P.?	15
1.3. PRINCIPIOS ASISTENCIALES.....	16
1.4. ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LAS I.A.P'S	17
1.5. COSNTITUCIÓN YOPERACIÓN DE LAS I.A.P	18
CAPÍTULO 2. ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA “0SE” (ORGANIZACIÓN DE SERVICIO A ENFERMOS) I.A.P.	20
2.1. ANTECEDENTES.....	20
2.2. ORGANIZACIÓN ACTUAL.....	21
2.3. MISIÓN	21
2.4. UBICACIÓN	21
2.5. FILOSOFÍA	21
2.6. OBJETIVOS	21
2.7. PERFIL DE PACIENTE ATENDIDO EN LA ISNTITUCIÓN	22
2.8. SERVICIOS QUE OFRECE LA	25
2.9. PERSONAL CON QUE CUENTA LA INSTITUCIÓN	27
2.9.1. ORGANIGRAMA	27
2.9.2. DESCRIPCIÓN DE PUESTOS	28
CAPÍTULO 3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	39
3.1. ASISTENCIA SOCIAL Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD	39
3.2. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.....	42
3.2.1. ANTECEDENTE DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	42
3.2.2. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	43

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	47
4.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA	47
4.2. ANTECEDENTES DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA	47
4.3. ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA	50
4.3.1. INVESTIGACIÓN.....	50
4.3.2. DIAGNÓSTICO.....	50
4.3.3. PLAN SOCIAL.....	51
4.3.4. TRATAMIENTO.....	51
4.3.5. EVALUACIÓN.....	52
4.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA EN LAS DIVERSAS ETAPAS DEL PROCESO METODOLÓGICO	52
4.5. METODOLOGÍA IMPLMENTADA EN LA ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA “OSE”(ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS A ENFERMOS) I.A.P.	58
4.5.1. EJEMPLO DE UN CASO PRÁCTICO Y LAS ETAPAS METODOLÓGICAS QUE SE SIGUIERON	59
 CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA	63
5.1. INDUCCIÓN A LA INSTITUCIÓN.....	63
5.2. ATENCIÓN DE PACIENTES DE NUEVO INGRESO.....	63
5.3. ATENCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS.....	63
5.4. ATENCIÓN DE PACIENTES DE CLÍNICA (INTERNAMIENTO)	64
5.5. CONTROL DE MEDICAMENTOS	65
5.6. COBRANZAS	66
5.7. ESTADÍSTICAS	66
5.8. PARTICIPACIÓN EN EVENTOS OSE	67
 CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA Y PROPUESTAS GENERALES	68
6.1. CON RELACIÓN AL ÁMBITO INSTITUCIONAL	68
6.6.1. PROPUESTAS CON RESPECTO AL ÁMBITO INSTITUCIONAL	69
6.2. CON RELACIÓN A LOS USUARIOS.....	70
6.2.1. PROPUESTAS CON RELACIÓN A LOS USUARIOS	71
6.3. CON RELACIÓN AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL	72
6.3.1. PROPUESTAS CON RELACIÓN AL ÁREA DE TRABAJO	72
 CONCLUSIONES	74
 BIBLIOGRAFÍA	76

INTRODUCCIÓN

Las Instituciones de Asistencia Privada, son entidades con personalidades jurídicas y patrimonios propios sin propósito de lucro que apoyan a los sectores más vulnerables que enfrentan diversos tipos de exclusión.

Jurídicamente, pueden constituirse de dos maneras, como fundaciones o como asociaciones. En ambos casos, se encuentran regulados por la ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal y cuentan con apoyo y supervisión de la Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal. (JAP-DF).

Actualmente existen 498 instituciones afiliadas a la JAP del D.F. las cuales están organizadas en 6 sectores: “niños y adolescentes”, “atención a adultos mayores”, “servicios asistenciales”, “atención educativa” y “atención medica”, a este último sector pertenece la institución donde desempeño mi labor profesional, la cual será objeto de sistematización.

Es así como a partir de la experiencia adquirida durante cuatro años como trabajadora social dentro de Asociación de Asistencia Privada “OSE”¹ surge la inquietud de sistematizar la práctica profesional. Se pretende rescatar los conocimientos que se han adquirido con el trabajo realizado; así como describir, analizar y reflexionar acerca de las deficiencias y aciertos, la metodología implementada, los instrumentos y técnicas que se utilizaron.

En el proceso de recuperación de la experiencia, se requiere hacer uso de un método de sistematización, para dar coherencia, significación y articulación a los elementos que han formado parte de la experiencia.

Cabe mencionar que se utilizó como base metodológica, el modelo del Centro de Estudios Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS), ya que cumple con las tareas globales de la sistematización, (descripción, análisis y propuesta) la cual cuenta con las siguientes fases:

- Contexto en el que se inscribe la experiencia.
- Marco conceptual.
- Identificación del ámbito institucional.
- Descripción de la experiencia.
- Metodología y estrategias implementadas.
- Análisis y reflexión del desarrollo de la experiencia.

A través de las fases mencionadas, se busca instrumentar propuestas que mejoren la intervención profesional del área de trabajo social, dentro de Asociación de Asistencia Privada “OSE”.

El trabajo consta de los siguientes capítulos:

¹ La Asociación de Asistencia Privada “OSE” (Organización de Servicio a Enfermos) I.A.P’s. Es una institución no lucrativa de carácter intercomunicarí, dedicada principalmente apoyar a los miembros de las comunidades Judías de México en los campos de salud y bienestar social.

Dentro del primer capítulo, se presenta un panorama histórico de la asistencia social, en las diversas etapas a partir del periodo de la conquista , así como la perspectiva actual, haciendo referencia al papel que han jugado los actores del sector público y privado, para diferenciar el quehacer asistencial del gobierno y del sector privado, enfatizando en el rol y responsabilidades de las Instituciones de Asistencia Privada, ya que ésta última corresponde al tipo de Institución donde se realizará la sistematización.

En el segundo capítulo se mencionan los antecedentes de la institución, objetivos y misión, asimismo se describe el perfil del paciente que es atendido, se mencionan en forma general los servicios que se ofrecen dentro y fuera de la institución, por último la organización y la descripción de funciones de cada una de las áreas que intervienen para brindar servicios a los usuarios.

Dentro del tercer capítulo, se analizan los conceptos abordados dentro de la sistematización; así como el campo de acción del trabajador social en el área de la salud. Se tomaron varias propuestas sobre las funciones y actividades de trabajo social en el ámbito de la salud.

En el cuarto capítulo, se describe los antecedentes de la atención individualizada, así como la propuesta metodológica de la maestra Laura Ortega, la cual se apega al desempeño profesional dentro de la institución, así como las técnicas e instrumentos implementadas en cada fase del proceso metodológico en la atención individualizada, por último se describirá la metodología utilizada en un ejemplo de un caso práctico.

En el quinto capítulo, se menciona el desarrollo de la experiencia profesional, así como se mencionan las funciones y actividades que se llevan a cabo dentro del área de trabajo social.

Dentro del sexto capítulo, a partir del análisis de la experiencia, se implementan propuestas de intervención que redundan en los tres actores de la sistematización: ámbito institucional, usuarios y trabajo social.

Por último se mencionará las conclusiones y la bibliografía que se consultó para la realización de este trabajo.

CAPÍTULO 1. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL EN MEXICO

1.1. ANTECEDENTES DE LA ASISTENCIA SOCIAL

En este primer capítulo, se pretende dar un acercamiento histórico de la asistencia social en México, refiriéndose a el papel que han jugado los actores del sector público y privado, con la finalidad de ubicar de manera general el rol actual que juegan las Instituciones de Asistencia Privada, como Asociación de Asistencia Privada “OSE” (Organización de Asistencia a Enfermos), cuya Institución será objeto de sistematización de la experiencia.

A lo largo de la historia de México, ha estado siempre presente la desigualdad y la injusticia social y como respuesta a ésta situación, la Sociedad Mexicana ha buscado de acuerdo al momento histórico que le ha tocado vivir, diferentes formas de organización y de cooperación para tratar de dar respuesta de acuerdo a sus alcances y limitaciones, a las carencias de aquellos grupos y sectores que sufren de manera permanente los embates de la pobreza. Es así como el ser humano siempre ha sentido por alguna razón, la necesidad y en otros casos la obligación, de proveer a los más desprotegidos de los requerimientos mínimos indispensables que le permitan hacer frente a las injusticias y carencias a través de la práctica social, por organismos del sector público y privado.

Se analizará a partir del periodo de la conquista y la colonización, ya que es a partir de ésta época, que se cuenta con información bibliográfica, de los orígenes de algunas formas de ayuda hacia los indígenas por las condiciones tan precarias a los que eran sometidos.

Antes de mencionar la forma en que se dio la Asistencia Social en ésta época, es necesario referir, que el periodo de la conquista y la colonia, comprendió 300 años, 1521 (siglo XVI), 1621 (siglo XVII), 1721 (siglo XVIII) y 1821 (siglo XIX), por lo que se revisará en una forma general.

1.1.1. ÉPOCA DE LA CONQUISTA Y LA COLONIA

En el siglo XVI y parte del XVII, se da el periodo de la conquista, caracterizado por el triunfo de los intereses particulares de los conquistadores sobre los indígenas.

“Los conquistadores recibían como “premios” a su conquista, una determinada cantidad de indios de servicio, tributo y encomiendas”.¹

“Desde el inicio de la conquista, todas las poblaciones que oponían resistencia y caían prisioneros, quedaban en condición de esclavos, sin distinción de sexo y edad, se les herraba en un brazo la letra “g” de guerra. Después de la conquista, los españoles recibieron tierras e indios en “encomienda”, sistema de explotación peor que la propia esclavitud. Cuando los trabajadores indios morían para sus servicios en calidad de esclavos y cuando estos trabajadores indios morían por maltrato, hambre, enfermedad o accidente de trabajo, los encomenderos pedían más mano de obra sin mayor

¹ Cosío Villegas, Daniel “Historia mínima de México” Ed. Colegio de México, año 2002 2da Ed. Pág. 54

averiguación. Estos indígenas eran empleados en las tareas más duras como en la minería y el campo.”²

Cabe mencionar, que originalmente las encomiendas eran grupos de indígenas a cargo del español beneficiario, para su cuidado y evangelización.

Durante tres siglos de dominación española, los indios vivieron en condiciones tan humillantes y maltrato que constantemente se produjeron rebeliones.

La esclavitud contribuyó a los malos tratos hacia los indígenas, las hambrunas, miseria y propagación de enfermedades y epidemias como: la viruela, sarampión y fiebre amarilla.

Como respuesta a las graves condiciones sociales a las que se enfrentó la sociedad durante tres siglos desde la conquista y la colonización española hasta los tiempos de la Independencia, los *novo hispanos* asumieron el deber de ayudar a los pobres, mediante la caridad y a través de su participación con las órdenes y las asociaciones religiosas que impulsaban el ejercicio de los valores cristianos. Dentro de éste período se fomenta una forma de ayuda bajo la motivación de un deber moral.

Desde sus inicios, los conquistadores fieles a sus tradiciones y costumbres basaron la asistencia en el espíritu de la caridad cristiana, creando instituciones sostenidas por particulares y asociaciones religiosas, cuyo fin era atender enfermos pobres, huérfanos, ciegos y ancianos desvalidos.

“Las más importantes Instituciones de la Beneficencia Privada en México colonial, fueron fundadas por los frailes y por personas piadosas, creando establecimientos inspirados en la fe, los que tenían entre sus objetivos evangelizar a los indios y preservar el orden social que mantenía mediante una acentuada separación de clases sociales”.³

De ésta manera, se fundan hospitales y casas hogar cuya acción giraba sobre la base de pensamientos religiosos de la época, como la caridad. Estas Instituciones, eran sostenidas por particulares y asociaciones religiosas, cuyo fin eran atender enfermos pobres, huérfanos, ciegos y ancianos desvalidos, ya que a través de éstas acciones, los benefactores podían ganarse la gracia de Dios.

Algunos ejemplos de Instituciones que surgieron en esta época son el primer hospital para indígenas llamado “Hospital de la Limpia Concepción de María Santísima y Jesús de Nazareno” fundado por Hernán Cortés, el cual hoy en día aún está en funcionamiento en la calle de Tacuba y es considerada la Institución de Asistencia más antigua de México.

Otra Institución fue el “Hospital de amor de Dios”, fundada por el primer obispo de México Fray Juan Zumarraga que estuvo ubicado en el lugar que después ocupó la Academia Nacional de Bellas Artes, entre otros hospitales: Real de Naturaleza, San Andrés, San Antonio Abad, San Hipólito y el Espíritu Santo.

² Valero Chávez, Aída “El Trabajo Social en México” Ed. ENTS-UNAM, México DF 1994 Pág. 20

³ Junta de Asistencia Privada del DF. “La Asistencia Privada en México” Ed. Marca del Agua S de R.L de C.V, México DF 2004 Pág. 7

Don Vasco de Quiroga, con una visión diferente de lo que era la Asistencia Social comparada con la caridad española, se dio a la tarea de investigar todo lo concerniente al pueblo indígena, concluyendo que deberían ser agrupados en lugares a los que llamó “Hospitales”.

Dentro de los Hospitales, además de atender a los enfermos de brindar protección y amparo a las personas que ahí vivían, los capacitaban en una serie de oficios y actividades laborales, enseñanza del idioma español y de la religión católica.

“La primera comunidad que se estableció, bajo este modelo fue, el Hospital de Santa Fe en la Ciudad de México, capacitando a sus beneficiarios en tareas agrícolas, artesanales e industriales, cuyos miembros indígenas colaboraban con tiempo y trabajo para beneficio propio y de la comunidad”⁴

1.1.2. ÉPOCA INDEPENDIENTE

A partir del siglo XIX, se suscitan una serie de problemas, como la mala administración económica de la Nueva España, la acumulación de la riqueza del clero y principalmente: el descontento general de los indios mestizos y las clases más desprotegidas, mismos que dio origen al movimiento de independencia buscando mejores condiciones de vida.

Los criollos y mestizos mejor favorecidos, fueron el eje central para que se diera ese movimiento, influenciados por lo que sucedía en otros países como lo fue la Independencia de los Estados Unidos y la Revolución Francesa; retoman las ideas de los pensadores de la ilustración acerca de los derechos del hombre. Fue así como se logró la caída del poder colonial.

El pensamiento liberal imperante de esa época obstaculiza las prácticas de caridad cristiana para tornarlas en un concepto más organizado a través de la beneficencia⁵ pública o privada. Enfatizando que los recursos obtenidos de las limosnas de los sectores dominantes hacia los menesterosos, se da con tintes exclusivamente paliativos de las grandes desigualdades existentes en la época.

En el inicio del México independiente, se presentó una crítica situación financiera que agravó el conflicto existente entre una clase dominante por apoderarse del Estado e imponer sus intereses al resto de la sociedad. La clase dominante estaba representada por la iglesia, los terratenientes y el ejército, mientras que las clases dominadas estaban representadas por los peones, indígenas, artesanos, es decir, los niveles más bajos de la sociedad.

Posteriormente, surgen dos ideologías: la Iglesia y los conservadores luchaban por mantener sus intereses y privilegios y los liberales, la mayoría profesionistas e intelectuales, quienes buscaban la desamortización de los bienes eclesiásticos. Con la finalidad de establecer la propiedad privada.

⁴ Valero Chávez, Aída Op. Cit. Pág. 26

⁵ Beneficencia del latín que significa virtud de hacer el bien. El concepto puede ser utilizado de dos maneras: Entendida como una forma de ayuda social y la otra con el nombre que se le da a instituciones civiles, estatales, o religiosas.. Constituyendo un medio con el que se pretende remplazar con limosnas lo que corresponde por justicia Eli, Evangelista. “Historia del Trabajo Social en México” ENTS, plaza y Valdez. México 1998 Pág. 72

“En el ámbito de la Asistencia Social, durante esta época, las escuelas y hospitales se vieron considerablemente deteriorados, ya que durante la guerra de independencia, eran utilizados como cuarteles y al término muchos de ellos cerraron sus puertas debido a la desorganización.”⁶

“Durante este tiempo siguieron funcionando algunas Instituciones de caridad privada y religiosa. En 1824, se dio a conocer una provisional Acta Constitutiva, donde se establece que el Ayuntamiento se hará cargo de los establecimientos de beneficencia.”⁷

“ A pesar de lo anterior y como consecuencia de la situación política y económica que se vivía en las primeras décadas del siglo XIX, la beneficencia carece de un marco jurídico suficiente para su regulación, tanto pública como privada. Y no es hasta el año de 1832, cuando a través de un personaje destacado de la época: Tadeo Ortiz en su libro *“México considerado como nación independiente y libre”*, propone al gobierno que sea una junta de notables la que administre los establecimientos filantrópicos cuyo sostenimiento provenga de una serie de impuestos establecidos sobre las fincas y capitales propiedades de las organizaciones religiosas. Sin embargo, es hasta la Constitución de 1836, cuando se establece la obligación del Ayuntamiento por regular y hacerse cargo de las obras de beneficencia, lo cual no fue del todo aplicado debido a la insuficiencia de recursos dentro del erario público para hacerse cargo de dichas labores, siendo entonces las Instituciones sobrevivientes del sector privado, las que se abocaron a ésta clase de servicios”⁸

Algunas Instituciones de Asistencia Social en esta época fueron:

“La Sociedad de Beneficencia para la Educación y Amparo de la Niñez Desvalida” en el año de 1846 fundada por Vidal Alcocer.

En 1850 se funda un asilo para niños y jóvenes delincuentes, que posteriormente se llamó “Colegio Correccional de San Antonio”.

Los primeros pasos para la separación entre la Beneficencia Pública y la Privada, se dieron por el presidente Benito Juárez, mediante la ley de nacionalización de bienes eclesiásticos de 1857, ordenamiento que determinó que los bienes propiedad de la Iglesia, entre los que se encontraba algunas Instituciones de Beneficencia, debían pasar a ser propiedad del Estado.

Sin embargo, la diferenciación entre la Beneficencia Pública y la que organizaban los individuos y Asociaciones privadas se concretó con el decreto de secularización de establecimientos de Beneficencia mediante el cual en 1861 fueron retirados del control de las organizaciones religiosas hospitales, asilos, casas de dementes, casas de maternidad y todos aquellos establecimientos que recibían caridades. Por lo que su administración pasó a ser responsabilidad del Ayuntamiento de la ciudad y, posteriormente de la Dirección de Beneficencia Pública del Gobierno Federal.

⁶ Valero Chávez, Aída Op. Cit. Pág. 34

⁷ Idem Pág. 35-36

⁸ PATRONATO NACIONAL DE PROMOCIONES DEL VOLUNTARIADO. “La acción voluntaria en el contexto histórico de la asistencia en México” Ed. Gustavo Casasola, México 1994. Pág. 32

Al dictarse las leyes de reforma y crearse el registro civil, tienen cabida los primeros actos de Beneficencia Pública.

En 1861 marcó la etapa que dejó al margen la caridad cristiana y se da inicio a la Beneficencia por parte del Estado, creándose la Dirección General de Fondo de Beneficencia. “Con el objetivo de organizar, coordinar y sostener con impuestos, loterías y legados a dicha función de interés social, transformándola en un servicio civil y laico dependiente del Estado”.⁹

1.1.3. ÉPOCA DEL PORFIRIATO

Durante los inicios del periodo Porfiriano, se crea la Dirección de Beneficencia Pública, cuyos principios vislumbraban el “derecho de los habitantes de la República, cuando son débiles sociales y económicos, a que el Estado les preste ayuda y el deber que la sociedad tiene de contribuir conforme sus posibilidades.”¹⁰

El antecedente jurídico más importante para la participación de los particulares en la Asistencia y para la constitución de su sistema de reglas, fue el establecimiento de la Junta de Beneficencia, previsto en **la primera ley de beneficencia privada expedida el 7 de noviembre de 1899** por el presidente Porfirio Díaz.

En su primer artículo define: “se entiende por actos de Beneficencia Privada para los efectos de ésta ley, todos los que se ejecuten con fondos particulares y con un fin de caridad o instrucción”¹¹

Con dicha ley surgen diversas Fundaciones de carácter privado, algunas de ellas con un alto nivel de profesionalización en sus servicios.

“Con el nuevo marco jurídico a las Instituciones de Beneficencia creadas y administradas por particulares con fines caritativos (hospicios, orfanatorios, hospitales psiquiátricos y cajas de ahorro) hasta entonces sin reglamentación, les fue reconocida su personalidad jurídica”.¹²

Tanto las asociaciones como las fundaciones son susceptibles de derechos y obligaciones, y por lo mismo constituyen una persona moral.

Ya para los inicios del siglo XX, se fundan dos Instituciones de carácter público, cuya importancia e impacto de la política social del Gobierno Porfirista, El Hospital General fundado en 1905 y el Manicomio General de la Castañeda fundado en 1910.

Sin embargo, éste apoyo a las actividades asistenciales tanto públicas como privadas, tenían como trasfondo, impulsar acciones que aminoraban la indiscriminada explotación a la que era sometida la gran mayoría de la población por parte del sistema y que para entonces empezaba a reflejar un profundo descontento, que desencadenó una de las etapas más significantes de la Historia de México moderno: la Revolución.

⁹ Idem. Pág. 41

¹⁰ Idem. Pág. 42

¹¹ Junta de Asistencia Privada del DF Op, cit., Pág. 24

¹² Idem. Pág. 35

1.1.4. ÉPOCA REVOLUCIONARIA

Esta época marca una seria transformación en la vida de la sociedad mexicana como la miseria, represión, marginalidad, segregación, falta de libertad de expresión, monopolización de tierras, dependencia económica del extranjero, son sólo algunos de los problemas y condiciones imperantes de la época.

Respaldo todo por un régimen dictatorial, al servicio de intereses extranjeros y de una minoritaria clase aristocrática; mientras que la sociedad sufría una situación tan extrema que desencadenó en un movimiento revolucionario que en poco tiempo alcanzó todas las regiones del país.

En estas circunstancias, aflora con gran ímpetu el espíritu de ayuda espontáneo ante las condiciones de guerra imperante en el país y como suele ocurrir en estos eventos, el ser humano refleja su condición fraternal ante hombres de su propio bando.

Sin embargo, ante un escenario donde no era posible desplegar un ejercicio asistencial organizado, muchas de las Instituciones que hasta entonces ofrecían sus servicios desaparecieron por la simple razón que el entorno económico y político de una clase dominante cuya actividad asistencial le era exclusiva, se viera afectado desde sus cimientos.

Con la promulgación de la Carta Magna en 1917, el concepto de Derecho Social, se convierte en la columna vertebral de las políticas del Estado, lo que pareciera indicar que los Servicios Asistenciales cambian en torno a éste principio. Sin embargo fue necesario que pasaran muchos años para que la Beneficencia Pública y Privada adoptara un nuevo enfoque.

“A partir de la década de los años 20’s, se busca reorganizar a la Beneficencia Pública, a través de la obtención de mayores recursos con los que en 1924 se asignan recursos obtenidos por la Lotería Nacional y en 1926 se designan recursos resultantes de impuestos sobre herencias, legados y donaciones”¹³

En ésta misma década durante el gobierno del Gral. Plutarco E. Calles un choque entre Gobierno y la Iglesia Católica, desencadena nuevamente un movimiento armado. Ante la naturaleza del evento, brigadas de mujeres católicas, se organizan para desplegar diversas funciones de apoyo voluntario en la zona del conflicto.

A partir de éste periodo, se empieza a entrever la intención gubernamental de toma de sentido y enfoque tradicional paternalista de la ayuda, por un proyecto Estatal donde el reconocimiento a los derechos sociales plasmados en la Carta Magna, constituya el eje central para la atención y creación de las políticas sociales. Es así como por primera vez, se hace alusión a la necesidad de contar con un personal que cubriera las funciones de investigación de las problemáticas de los casos registrados por la Beneficencia Pública, mencionando que se comisionaron inspectoras para investigar aspectos

¹³ Idem Pág. 61

educativos y alimentación de menores, apoyados en las diferentes Instituciones Públicas.

En 1926 la Beneficencia Pública, es constituida como un órgano facultado para ordenar y dirigir las acciones gubernamentales en materia asistencial, además de investigar solicitudes de la población más necesitada, monopolizando de alguna manera dicha acción, lo que llevó a enfrentarse a una serie de obstáculos por parte de un sector católico radicalizado, que no estaba de acuerdo con las acciones Estatales, por su carácter laico.

“Concluida la revuelta durante el gobierno interino de Emilio Portes Gil (1928-1930), se organiza oficialmente el servicio de enfermeras visitadoras, a la par de un Comité Nacional de Protección a la Infancia, bajo la tutela de la Sra. Carmen García de Portes Gil, el cual se considera antecedente del DIF. Este Comité establece, como objetivos impulsar y mejorar la situación alimentaria de menores necesitados, pero lo cual se vale de la creación de varios centros asistenciales denominados “La gota de leche”, los cuales fueron constituidos como organizaciones de Beneficencia Privada. Para 1930 dicha Institución contaba con 41 centros de diferentes ciudades y comunidades del país, enlazando recursos del sector público y privado. Todo esto fue operado en su mayoría por un trabajo voluntario de mujeres preparadas y capacitadas según el modelo de atención del “Social Work” norteamericano, el cual como era de esperarse, no respondía a la realidad y exigencias de la vida nacional de ese entonces”.¹⁴

Entre las Instituciones que surgieron y se consolidaron durante ésta época, se encuentran: la Fundación Matías Romero (asilo para ancianos), el Monte de Piedad Luz Saviñón, la Fundación Béistegui, la Fundación Asilo de Nuestra Señora de la Luz, la Sociedad de Beneficencia Alianza Monte Sinaí, constituida en 1912, con el propósito de aliviar las condiciones de miseria que acompañaban a los judíos que llegaban a nuestro país, con la esperanza de establecerse. Algunas de estas Instituciones, siguen funcionando hasta el día de hoy.

Todas estas Instituciones tenían metas muy claras, además de servir para aliviar las penas de los pobres, debían abiertamente distinguir los que requerían la ayuda, de aquellos que no.

1.1.5. ÉPOCA MODERNA 1934-2000

Hablar a partir de éste período sobre la Asistencia, implica hacerlo también sobre el desarrollo del Estado Mexicano haciendo referencia a las políticas sociales y económicas que el gobierno implementó a partir de la administración del General Lázaro Cárdenas.

El concepto asistencial es elevado al rango de Derecho Social y el mismo Estado asume la responsabilidad de brindarla garantizando el acceso a los sectores más desamparados.

Los planes que se conciben a partir de 1934 resaltan la necesidad de contar con un Sistema Asistencial a nivel nacional, que regule y replantee la visión de la Asistencia.

¹⁴ Eli, Evangelista. “Historia del Trabajo Social en México” ENTS, Plaza y Valdez. México 1998. Pág. 72

Por lo que se proyecta la creación del Departamento Nacional De Asistencia Pública y Seguro Social bajo el siguiente argumento:

“Los actos que ejecute la Beneficencia Pública en el D.F, ya no pueden seguir estimando, como meras obras de Beneficencia o caridad, sino como deberes que tiene el Estado en su carácter de representante de la Sociedad, ante la misma Sociedad, a quien administra y dirige”¹⁵

Es a partir de 1937, que se crea la Secretaría de la Asistencia Pública, cuando se normaliza la obligación del Estado de intervenir en la Protección Social, reconociendo a través de la ley que da origen a dicho organismo, la necesidad de modificar el concepto de “Beneficencia” por el de “Asistencia Pública” revocando la concepción caritativa. Reconociendo el origen de la pobreza y la desigualdad social en las deficiencias de la estructura económica y política.

Este cambio, implicó dejar a un lado la espontaneidad empírica, por una acción científica fundamentada en el análisis y solución de la problemática Asistencial. Incorporando personal técnico, capacitado en materia social (El Trabajo Social surge como profesión, sumándose a las labores de beneficio social de los grupos voluntarios, dentro y fuera de las Instituciones Asistenciales) que respondían a los intereses y expectativas gubernamentales e institucionales.

“La nueva concepción lleva al gobierno Cardenista, a entender que el planeamiento de las nuevas políticas sociales tendrían que estar encaminadas no sólo a entender las disfuncionalidades sociales, si no a prevenir dichos rezagos. Un ejemplo de ello fue el apoyo que se dio a las políticas de la juventud para evitar la deserción escolar a causa de la carencia de recursos económicos, con la obligación de quienes recibían éste beneficio deberían de cooperar en el desarrollo de las misiones culturales, escuelas rurales y demás tareas orientadas al bienestar colectivo.”¹⁶

El nivel de transformación que sufrió la Acción Asistencial a partir de este periodo, permitió a los gobiernos posteriores al “Cardenismo” desarrollar instituciones y políticas a favor de los más desprotegidos. Pero también establecer mecanismos de regulación jurídica normativa, que reglamentara e impulsara la participación del Sector Público y Privado, en éste tipo de acciones.

“Este es el caso de la Ley de Asistencia Privada para el D.F, promulgada en 1942 y la Ley del Seguro Social en 1943, cuya proposición partía de la obligación Tripartita (gobierno, empresarios y obreros) de promover y procurar servicios de salud. De igual manera se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como resultado de la Fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. Constituyendo como parte de su labor varias Instituciones consagradas a dar atención médica a personas de escasos recursos, como fueron el Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital de Enfermedades de Nutrición, el Hospital Infantil de México, el Centro Materno Infantil “Maximiliano Ávila Camacho”, el Hospital GEA González y los Institutos de Cancerología, Oftalmología, Gastroenterología, Urología y Endocrinología.”¹⁷

¹⁵ PATRONATO NACIONAL DE PROMOCIÓN DE VOLUNTARIADO. Op cit. Pág. 67

¹⁶ “PATRONATO NACIONAL DE PROMOCIONES DE VOLUNTARIADO” Op. Cit 74

¹⁷ Idem. Pág. 75

A partir de las décadas de los 40, los diferentes gobiernos que antecedieron al período Cardenista, buscaron promover el desarrollo económico a través de la industrialización comenzada en los años 30's, fomentando la inversión del capital extranjero que a la larga, trajo consigo graves consecuencias de dependencia externa, descapitalización del campo y concentración de la riqueza. Siendo el Estado quien asume el manejo de los servicios sociales poco atractivos para el Capital Privado, con el consecuente aumento del gasto público y su endeudamiento.

Con esto, los objetivos de crecimiento económico lograron poco a poco acelerar el desarrollo del país transformándolo de una sociedad esencialmente agrícola, hacia una sociedad que emigró hacia los principales centros urbanos de la República, en busca de mejores oportunidades de vida. Sin embargo, el sistema mismo ocasionó una gran diversidad de problemáticas sociales cuyas dimensiones afectaron sobre todo a las clases medias y bajas quienes vieron deteriorada su calidad de vida enfrentándose a problemas de desempleo, desigualdad social, crecimiento demográfico, inflación, carencia de servicios públicos y marginación.

Con el gobierno de Adolfo Ruiz Cortínez se busca guiar las actividades de los particulares en conjunto con las autoridades a través de su colaboración en las “juntas de Mejoramiento Moral Cívico y Material (Antecedente del Voluntariado Nacional) cuya función buscaba proporcionar atención a niños, jóvenes y ancianos.¹⁸

Con el paso del tiempo, las acciones se fueron extendiendo hacia las áreas educativas y sociales siendo la niñez quien ocupa un lugar importante dentro de las funciones asistenciales. Tal es el nivel de atención a dicho sector, que para el año 1961, por decreto del entonces presidente Adolfo López Mateos, se crea el Instituto Nacional de Pediatría. (INPI), con el objetivo de extender a toda la República los servicios asistenciales a niños de escasos recursos, esencialmente en aspecto de nutrición, rehabilitación integral, física y pedagógica. Para 1968, se crea el “Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), cuya función y creación, obedeció a la atención legal y moral de menores en situación de abandono y orfandad, para lo cual se constituyen Casas Cuna y Casas Hogar para Niñas y Niños. En 1975 con la necesidad de reestructurar y ampliar las atribuciones asistenciales del Gobierno se declara la desaparición del INPI, para dar paso a la creación del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) buscando extender de manera integral, el esquema de atención hacia la familia. Bajo esta óptica, para 1977 con el fin de evitar la duplicidad de acciones entre el IMAN y el IMPI, se funda el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) entidad descentralizada del gobierno con naturaleza jurídica y patrimonio propio.¹⁹

Para el sexenio de de José López Portillo, el gobierno enfrenta la necesidad de frenar los efectos de la crisis, dándose a la tarea de planificar acciones emergentes que reduzca y responda a las necesidades de los sectores más necesitados.

Sin embargo, a pesar del esfuerzo del gobierno para lograr dichos objetivos, fue notorio el fracaso, aumento y deterioro de las clases más desprotegidas, además de la disminución del poder adquisitivo de la clase media.

¹⁸ Idem Pág. 75

¹⁹ Idem Pág. 79-80

Esto provocó que la Sociedad, se viera en la necesidad de hacer frente a las carencias que surgían día con día y que el gobierno hubiera dejado de atender, a través de la movilización organizada, desplegándose hacia las diferentes zonas urbanas y rurales.

En el periodo de la presidencia de Miguel de la Madrid, la situación económica era desesperada; inflación, déficit del sector público, desempleo abierto; a los problemas internos y hay que agregar, que la situación Internacional era poco favorable a la economía mexicana, el problema más grave era el de la deuda externa.

Las nuevas políticas neoliberales introdujeron y pusieron a discusión en la vida nacional conceptos tales como: la rectoría del Estado en la vida económica, la planeación democrática y la definición de la economía mixta dividida en pública, privada y social.

A partir de 1988 año electoral y durante la década de los años 90, los organismos de la sociedad civil ven ante sí, la oportunidad de afianzarse en su papel de interlocutores con el gobierno y ocupan espacios estratégicos en los movimientos populares desplazando de alguna manera a los partidos políticos.

Cuando toma posesión de la presidencia Carlos Salinas de Gortari, dos transformaciones estructurales fundamentales del sistema económico mexicano habían empezado ya: la privatización y desincorporación de empresas estatales.

En materia de Asistencia Carlos Salinas hace reformas a la Ley de Instituciones de Asistencia privada en 1991 la cual se encontraba en vigor desde el año de 1943.

Dentro de éste sexenio, se llevaron a cabo algunos programas de apoyo a la población como fueron:“ el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) y el Programa de Apoyo Directo al Campo (Pro Campo).

Para el periodo de 1994 –2000 la presidencia fue asumida por Ernesto Zedillo, quien se dio a la tarea de realizar reformas a las políticas económicas y el subsidio a los alimentos especialmente la tortilla y la leche.

La relación de (Organizaciones No Gubernamentales) ONG y Gobierno empiezan a mostrar nuevas perspectivas; por una parte el Estado reconoce en ellas ciertas validez de interlocución y autoridad moral de la sociedad, por el otro lado las ONG entienden y dejan de percibir al Gobierno como una entidad burocrática.

Durante este sexenio se crea el Instituto Nacional de Desarrollo social (INDESOL).

El reflejo de un cambio de relaciones, empieza a vislumbrarse entre gobierno y sociedad civil. Otro fenómeno al interior del sector filantrópico, empieza a desarrollarse. Históricamente la gran mayoría de las ONG´s habían tenido que desplegar su enorme labor en medio de una falta total de recursos técnicos, humanos y financieros lo cual limitaba por mucho su campo de acción.

Dentro del periodo de Vicente Fox, actual presidente de México, se promovió la creación de una Asociación Civil llamada “Vamos México, A.C.”, la cual busca enlazar, a las organizaciones sociales y a las instituciones de Gobierno para encaminar acciones en beneficio de grupos marginados.

1.1.6. PERSPECTIVA ACTUAL

En las últimas décadas, se ha observado cada vez más una mayor participación de ciudadanos que han adquirido conciencia de su responsabilidad social y se organizan como asociaciones para participar en la búsqueda de alternativas y en proyectos diseñados para el bienestar comunitario, desde su propia óptica y perspectiva.

Dentro de la Sociedad Civil, encontramos dos grandes conjuntos: un Sector Lucrativo identificado con la empresa que produce bienes y servicios y otro Sector que sin tener ánimo de lucro, igualmente se organiza para ofrecer y producir bienes y servicios a la Comunidad. A éste último sector organizado de la Sociedad Civil, se le denomina de muy variadas maneras: Sector No Lucrativo, Sector de Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), sector Voluntario, Sector Solidario o Filantrópico, también se le llama Sector de Organizaciones de Sociedad Civil.²⁰

Instituciones filantrópicas y organizaciones civiles, han buscado posesionarse de espacios en el escenario nacional, proponiendo iniciativas de ley para lograr una sociedad más generosa, participativa, eficaz y justa.

Su colaboración en la solución de los problemas comunitarios, ésta ayudando al desarrollo y fortalecimiento de la Sociedad Civil como un tercer Sector.

Por otra parte, la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en los procesos de cambios actuales, con todas sus limitaciones, vienen a complementar los esfuerzos del gobierno en la atención de los problemas sociales, que en muchos casos, desbordan su capacidad de respuesta.

Los ciudadanos, a través de las OSC (Organizaciones de la Sociedad Civil), están liberando talento y nuevas perspectivas para atender los problemas de la sociedad y se están constituyendo en una nueva fuerza social, que bien canalizada, pueden llegar a ser un extraordinario catalizador de los procesos de modernización social.

1.2. CATEGORIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

El objetivo de este apartado, se centra en tratar de definir y diferenciar el quehacer Asistencial que tanto del gobierno y el sector Privado han venido desarrollando a nivel institucional.

Sin dejar de mencionar las coyunturas históricas y legales, que han permitido institucionalizar los esfuerzos filantrópicos del país, mismos que se han visto reflejados en el desarrollo de las instituciones sociales actuales. (Las instituciones sociales son organizaciones específicas de política social, aún cuando se presenten como organismos

²⁰ Por sociedad civil entendemos al conjunto de individuos, instituciones y organizaciones que no forman parte del aparato de gobierno. "La sociedad civil, como lo define Norberto Bobbio-es la esfera de relaciones entre individuos, grupos y organizaciones que se desarrollan fuera de las relaciones de poder que caracteriza a las organizaciones gubernamentales"

autónomos o dependientes de la esfera gubernamental, con normas y objetivos manifiestos).²¹

Para algunos, las Instituciones no son un simple fenómeno de la superestructura bajo hegemonía y dirección de la clase dominante. Son organismos transversales a toda la sociedad. Apareciendo como mecanismos reguladores de las crisis del desarrollo capitalista en todos los niveles. Así la Asistencia Social, se convierte en instrumento de los Estados modernos para incorporar a quienes son relegados de los beneficios sociales y proteger a los que viven en situaciones límite de vida. Sin embargo, cabe aclarar que la Asistencia no es un sustituto de las políticas de combate a la pobreza, aunque también participa de ellas. Su importancia radica en que le es posible llegar al núcleo del desarrollo humano, las familias y sus miembros donde es posible detectar de manera latente las necesidades a atender.

Las Instituciones sociales se dividen en dos tipos:

A).- PUBLICAS: Estas Instituciones buscan brindar Asistencia Social dependiendo directamente del gobierno, en cualquiera de sus tres niveles (Federal, Estatal y Municipal), cubriendo las necesidades de la población, en materia de salud, educación, vivienda, alimentación, entre otras.

Algunas de las Instituciones Públicas que existen en el país son:

DIF (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia).

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

ISSSTE (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado).

B).- PRIVADAS: Estas atienden necesidades sociales al igual que las primeras, pero buscan llegar a quienes no han recibido apoyo necesario por parte del estado y por la misma sociedad.

Dentro del marco legal, el Estado reconoce dos formas de constituirse legalmente.

Asociación civil (A.C).

Instituciones de Asistencia Privada (I.A.P)

A continuación, se describirá las características generales de quienes integran las Instituciones Asistencia Social Privada, así como sus alcances y limitaciones, para ubicar el rol que juegan dentro de la sociedad.

1.2.1. INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA I.A.P.

El fenómeno de la ayuda espontánea hasta su institucionalización puede ser afrontado desde muchos lados: su historia, situación actual, relaciones con el resto de la sociedad, resultados y problemas y perspectivas, dimensiones: económica, política, social y cultural; su estructura interna etc., lo que conlleva necesariamente a verlo como un sistema. Pero siempre que se aborda éste fenómeno, el impulso de empezar por su historia es grande como lo podemos constatar en éste primer capítulo. Esto se debe a que difícilmente la Asistencia puede entenderse, si no se conoce el papel desempeñado por la Iglesia desde los tiempos de la Colonia, y a su vez el papel del mismo Estado,

²¹ Fuentes Alcalá, Mario Luís. La Asistencia Social en México, Historia y Perspectiva. Ediciones del Milenio año 2000 Pág. 34

sustituyendo a la Iglesia y a la Sociedad en las tareas de educación, salud, servicios públicos, arraigando una cultura paternalista mal entendida.

1.2.1.1. ¿QUÉ SON LAS I.A.P?

Para empezar a hablar de éste fenómeno debe conocerse primero que las Instituciones de Asistencia Privada son:

*“Entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular, ejecutan actos con fines humanitarios de Asistencia. Estas Instituciones pueden ser Fundaciones o Asociaciones. Las Instituciones de Asistencia Privada que pueden crearse en vida de sus fundadores o mediante disposiciones testamentarias, están a cargo de uno o más patronos designados, según el caso por el fundador o fundadores; por ellos mismos al ocurrir una vacante, o inclusive por la propia **Junta de Asistencia Privada**, cuando no es posible que la designación se realice en los términos de los primeros casos.*

No obstante que el Patronato de una Institución tiene la representación legal y la administración de la misma, por lo que a ésta se refiere tiene una serie de limitaciones que tienden a la necesidad de proteger el Patrimonio Institucional y el cumplimiento del objetivo asistencial y de la voluntad del fundador.”²²

Para esto se crea la Junta de Asistencia Privada:

“Es un órgano administrativo desconcentrado del gobierno del Distrito Federal. Se rige por la Ley de Instituciones de Asistencia Privada y tiene como función esencial, la de cuidar y asesorar a las Instituciones que crean los particulares, con el propósito de realizar actos humanitarios de Asistencia, sin propósito de lucro. Concisamente, se podría afirmar que la Junta tiene como propósito, promover la creación de nuevas Instituciones de Asistencia Privada, favorecer su fortalecimiento, desarrollar y cuidar que su Patrimonio se emplee, con honestidad y eficiencia, con el objeto que el Fundador o Fundadores de la Institución establecieron al crearla.”²³

Como puede apreciarse, las I.A.P.s se encuentran bajo un esquema legal y operativo más específico que el resto de las Organizaciones de la Sociedad Civil ya que sus actividades son fiscalizadas de manera constante, por un órgano gubernamental desconcentrado como es la Junta de Asistencia Privada la cual cuenta con recursos propios y una ley a nivel local, que le permite regular las I.A.Ps, lo que implica diferencias en su constitución, operación y normatividad, con las Asociaciones Civiles. Es importante entender que la Asistencia Privada, es un sistema con características propias y de génesis diferente a las que enmarca a la Asistencia Pública, como se ha comentado anteriormente.

Algunas características de la Asistencia Privada que los distinguen a otros sistemas son:

- Atienden necesidades sociales y trabajan por el bien común.
- Están institucionalizadas y tienen personalidad jurídica propia.
- Son privadas institucionalmente, están separadas del gobierno, no pertenecen al aparato gubernamental.

²² Gaceta oficial del DF “Ley de Instituciones de Asistencia privada, PARA EL DF 14 de diciembre de 1998 Pág. 2

²³ Idem Pág. 2

- Son no lucrativas.
- Son autónomas, no reciben mandato de entidades externas, tienen sus propios procedimientos para gobernarse.

1.3. PRINCIPIOS ASISTENCIALES

Todo sistema se basa en una serie de elementos que le permiten distinguirse de los demás (códigos, normas, conceptos). El Sistema Asistencial, no es la excepción al contar con principios que le dan la identidad necesaria para diferenciarse de otros sistemas.

A).- ALTRUISMO

Uno de éstos principios implícitos en la búsqueda del bienestar común, es el llamado “altruismo”, concepto que para la filosofía y demás ramas de la Ciencias Sociales, implica el reconocimiento de buscar el bien común como medio para lograr el bien personal.

B).- SOLIDARIDAD

Significa, derecho u obligación de buscar el bien común; es una aspiración o un sentimiento de ayuda a una persona por razones de orden social.

C).- CARIDAD

Es un principio cristiano cuyo fin inmediato, es buscar el bienestar del hombre, trastocando además el objetivo primogénito de perfeccionar al espíritu, perfección que consiste en el conocimiento y práctica de la religión, que es la principal de las virtudes, amor hacia Dios y hacia el prójimo.

D).- DESARROLLO SOCIAL

Visto como principio plantea que el bienestar de los individuos depende del desarrollo de la Comunidad en su totalidad, bajo el entendido de reconocer sus derechos sociales, “buscando con esto establecer un proceso integral que propicie el crecimiento equilibrado del individuo como ser bio- psico-social y por tanto de la Sociedad misma, encaminada al bienestar común a través de la participación conjunta del estado como rector de las políticas sociales y de la sociedad como sujeto activo de éste proceso

E).- SUBSIDIARIDAD

Hace referencia a un papel de Asistencia, que toda entidad superior debe de proporcionar a sus inferiores, en aquellos casos en que éstos estén incapacitados para cumplir por ellos mismos sus obligaciones.

Este principio asume el reconocimiento a la dignidad de la persona y por ello considera que la acción de ayudar, debe ser una acción de ayudarles a ayudarse. “enseñar a pescar” es mejor alternativa que “dar el pescado”.²⁴

²⁴ Se consultó además el diccionario de la Lengua Española, para revisar algunos conceptos acerca de los principios asistenciales.

1.4. ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LAS I.A.P,s

La Asistencia Social, es inherente a los principios de justicia social e igualdad de oportunidades. La vulnerabilidad de ciertos grupos y sus condiciones de desamparo, remiten a causas complejas y sus efectos de marginación y falta de opción. Por ello, así como la política social es inseparable de una economía para el desarrollo, también requiere de un conjunto de acciones asistenciales eficaces y precisas. Y es ahí donde las Instituciones de Asistencia Privada juegan un papel trascendental al tener que orientar políticas de inclusión, integradoras complementarias, de protección y auxilio hacia los grupos y sectores más pobres, las IAP's, hacen frente a las necesidades concretas del hombre carente de recursos inclusive carente de valores.

Bajo este esquema, el Sistema Asistencial Privado, tiene la responsabilidad de convertirse en el vehículo social hacia el bienestar para aquellos que no logran satisfacer del todo sus necesidades básicas ni logran tener acceso a los servicios públicos, educativos, de salud o a los Sistemas de Seguridad Social, pero también está la importancia de promover la participación comunitaria en la solución a sus problemas, bajo el principio de que el bien común es tarea de todos (Asistencia Participativa) y no únicamente del aparato gubernamental.

Estos retos que continuación se enlistan son factores medulares para el desarrollo e impacto del Sistema Asistencial Privado que determinan el desarrollo y fortaleza o muerte de éste.

A) FINANCIAMIENTO PARA SU OPERACIÓN:

Las I.A.Ps sufren crónicamente de la falta de recursos. El problema principal radica en que no existe una cultura filantrópica o de la responsabilidad social, ni en los ciudadanos, ni en las empresas, todo se espera de la acción del gobierno.

B) FALTA DE PROFESIONALIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR:

Bajo éste rubro, se engloban el conjunto de elementos que dificultan el que las Instituciones puedan ofrecer sus servicios con eficacia y eficiencia. Se detectan dificultades en la planeación y evaluación de proyectos, en la administración de los recursos, en la búsqueda de fondos, en los procesos contables. y en la capacitación del personal, tanto profesional como voluntario. Es necesario contar con capacitación continua del personal y el fortalecimiento de la infraestructura.

C) COMUNICACIÓN CON LA SOCIEDAD:

La comunicación es fundamental entre las I.A.Ps con el conjunto de la Sociedad, se podría decir que se trata de un obstáculo donde a pesar de contar con elementos que le permiten establecer como interlocutores sociales, muchas Instituciones continúan trabajando de manera aislada, sin contar con mecanismos de información y comunicación con los donantes y la comunidad. Los valores que animan el trabajo

organizado, son pocos ventilados lo que de alguna manera desvirtúan su papel aunado a la desconfianza ante la falta de información de los recursos con los cuales trabaja. Trabajar en la construcción de Alianzas con el Gobierno y el Sector Privado, acrecentar su presencia en el espacio público mediante un mayor y mejor diálogo entre los actores políticos y sociales, es el reto que tiene el Sistema Asistencial.

D) LA PARTICIPACIÓN SOCIAL VOLUNTARIA:

Si la comunicación es un factor importante, la promoción del trabajo voluntario, dentro de las organizaciones, debe considerarse prioridad. Este recurso es el más valioso e importante de toda Institución ya que gracias a ello se genera la riqueza y gama de propuestas para sacar adelante objetivos, que las propias instituciones por sí solas no serían capaces de realizar. Aportan una parte de su tiempo y talento a la Comunidad por su convicción. El trabajo voluntario al servicio de la comunidad, además de beneficiar a todos, estimula y gratifica a quienes lo realizan, de alguna manera puede verse como la forma de retribuir lo que se ha recibido, entregando algo a la Comunidad.

E) PROMOCION Y APOYO A LA INVESTIGACIÓN:

Es muy poco lo que se sabe sobre este importante Sector de Organización, sin fines de lucro de la Sociedad, ¿cuántos son?, ¿qué áreas trabajan?, ¿cual es el volumen de donativos que reciben?, etc...

Otro reto que debe confrontar el sector, radica en plantear el concepto de la Asistencia Social, ya que se ha visto que la caridad no es funcional para solucionar la problemática del país, siendo necesaria sustituirla por una concepción más integral y responsable, esto a pesar de que la Legislación Mexicana, ésta más orientada hacia la caridad. Esta claro que es necesario modificarla para facilitar el desarrollo de la Sociedad Civil, sin embargo, en México, se ha acentuado el papel del gobierno como promotor del bienestar de la comunidad y se ha desviado el establecimiento de una legislación adecuada para que sea la propia Comunidad quien afronte sus problemas, esto ha favorecido una visión paternalista en la que el gobierno resuelve sus problemas y la Comunidad es simple y sencillamente, la beneficiaria de sus acciones. Se ha perdido de vista que el gobierno debe ser un gestor, un coordinador y quien vigile el cumplimiento de las disposiciones y que la Comunidad tenga la capacidad de afrontar sus problemas.

25

1.5. CONSTITUCIÓN Y OPERACIÓN DE LAS I.A.P

Las personas que en vida quieran constituir una Institución de Asistencia Privada deberán presentar a la Junta una solicitud por escrito, anexando a la misma un Proyecto de Estatutos que deberán contener como mínimo los requisitos siguientes:

- 1.- El nombre, domicilio y demás datos del Fundador o Fundadores.
- 2.- La denominación, objeto y domicilio legal de la Institución, que se pretenda establecer.
- 3.-La clase de actividades que la Institución realice para sostenerse, sujetándose a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada.

²⁵ Tema editorial “Algo sobre la junta” Revista de la JAP (Junta de Asistencia Privada) N0 9 año 2005
Pág. 1-7

- 4.- Las personas que vayan a fungir como Patronos. El patronato deberá estar integrado por un mínimo de 5 personas.
- 5.- La mención del carácter permanente o transitorio de la Institución.
- 6.- Las bases generales de la administración, entre otras.

Una vez recibida por la Junta la solicitud, ésta examinará el proyecto de Estatutos y en su caso hará las correcciones correspondientes al Fundador o Fundadores y resolverá si se autoriza o no la Constitución de la I.A.P.

Una vez autorizados los Estatutos por la junta, ésta expedirá una copia certificada de los mismos, para que ante Notario Público, se inscriba la Escritura correspondiente en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio.

Con respecto a los donativos, las Instituciones deberán informar a la Junta en informes periódicos.

Las Instituciones de Asistencia, sólo podrán extinguirse por, imposibilidad material para cumplir con las actividades asistenciales contenidas en sus Estatutos, cuando de compruebe que se constituyeron violando las disposiciones de esta Ley y cuando con motivo de las actividades que realizan se alejen de los fines de Asistencia Social previstos en sus Estatutos.²⁶

²⁶ Gaceta Oficial del DF “Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el DF” diciembre de 1998 Pág. 2-3

CAPÍTULO 2. ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA “OSE” (ORGANIZACIÓN DE SERVICIO A ENFERMOS) I.A.P

2.1. ANTECEDENTES

La Unión Mundial para Protección de la Salud de los Judíos OSE (Organización de Servicios a Enfermos), se fundó en San Petersburgo, Rusia, en 1912. Su objetivo era mejorar las condiciones de vida de los judíos, velar por su salud y proteger a la infancia, estableciendo clínicas, consultorios médicos, hospitales, campamentos de verano y centros de distribución de leche para niños. Durante la Primera Guerra Mundial, se convirtió en una organización de ayuda para los refugiados de guerra, posteriormente su labor siguió extendiéndose a varios países de Europa creando hogares infantiles, unidades médicas móviles y centros de salud. El Comité Central de OSE, se trasladó a Berlín después a París y a Montpellier.

Durante la ocupación nazi 1941 en Francia, la OSE logró salvar a centenares de niños judíos de los campos de concentración y facilitar a otros tantos la emigración a América.

Desde la Segunda Guerra Mundial, el Centro OSE de Nueva York se convirtió en el rector de las actividades de la organización. Por algún tiempo su presidente fue el profesor Albert Einstein.

En noviembre de 1941 el doctor León Wulman propuso a algunos médicos judíos de México que formaran una filial, para lo cual se publica una convocatoria firmada por los doctores Frenk, Stein, Dutch, Stern, Glazer, Kunewalder, Newman, Alper y Storomsky, por los señores Zaidman y Bucay y por la señora Gutman.

Es así ,como bajo la presidencia del doctor Ernesto Frenk, se inicia con el proyecto de crear la Asociación de Beneficencia Privada OSE, con el propósito de brindar servicios médicos y apoyo a los judíos sobrevivientes del holocausto, a los inmigrantes y a los miembros más necesitados de la Comunidad Judeo-mexicana.

Fue hasta el año 1942, cuando se crea en México el Centro Médico OSE y se efectuó la primera Asamblea General en la que fue electo como presidente el doctor Jacobo Yavnozon.

Con el entusiasmo y devoción de sus integrantes, el Centro OSE se transformó en una institución médica de prestigio, agrupando en su seno a los médicos israelitas residentes en México y a personas de reconocida ética profesional.

Algunos logros a través de su historia:

- Se ayudó a los judíos europeos durante la Segunda Guerra Mundial enviando alimentos, vacunas y una ambulancia dental con laboratorios y aparato de rayos X, para atender a personas sobrevivientes de los campos de concentración.
- Durante y después de la Segunda Guerra Mundial, trasladó y recibió en México a mas de 100 niños refugiados.

- Se donó al Hospital General de México un pabellón llamado “Granja OSE” para la lucha contra la tifoidea y a la Cruz Roja Mexicana 4 ambulancias normales y 2 especializadas.
- En la década de los setenta, se proporcionó ayuda médica gratuita a los refugiados judíos cubanos.

Hasta finales de 1994, la OSE, además de brindar servicios de atención médica y ayuda social, desarrolló programas vacacionales para niños y distribuyó dotaciones de ropa, despensas y medicamentos a los más necesitados; así mismo, operó una bolsa de trabajo en apoyo a los miembros desempleados de la Comunidad Judía. En ese año, fue necesario que la Institución se reestructurara de acuerdo a las nuevas necesidades de la comunidad redefiniendo su misión, enfocándose únicamente, a los servicios de salud.

2.2. ORGANIZACIÓN ACTUAL

La OSE, es una Asociación no lucrativa de carácter inter-comunitario dedicada principalmente a apoyar a los miembros de las Comunidades Judío-Mexicano en la solución de sus necesidades en los campos de la salud y bienestar social.

2.3. MISIÓN

Brindar atención y asistencia médica a los miembros de las diferentes Comunidades Judío-Mexicanas (Ashkenazi, Bet-el, Maguen David, Monte Sinaí, Beth- Israel y Sefaradi), carentes y/o limitados de recursos económicos a través de actividades de enlace con las comunidades de origen y otras instituciones.

2.4. UBICACIÓN

La OSE, se ubicó hasta el año de 1997, en las calles de Mexicali en la colonia Condesa, proporcionando atención médica y asistencial. y fue hasta el año de 1998, cuando cambió su domicilio, a las calles de Gobernador Tiburcio Montiel N0 81, en la Colonia San Miguel Chapultepec, en donde se logró la donación de la casa, por los Señores Salties, benefactores hasta el día de hoy de la Institución, donde se llevó a cabo la edificación y equipamiento de la Casa de Salud “Alejandro y Lili Salties”. Nombre que lleva hasta el día de hoy, contando ya con una clínica de internamiento con 12 camas.

2.5. FILOSOFÍA

Brindar al usuario un trato digno, confidencial, y un servicio de excelencia, basados en los valores de discreción, honestidad y altruismo, enmarcados por una ética humanista

2.6. OBJETIVOS

La Asociación de Beneficencia Privada OSE se ha trazado como objetivos permanentes:

- Contar con la capacidad y estructura necesaria para atender a los usuarios.
- Brindar trato digno y servicios de excelencia a los mismos.
- Promover la capacitación y desarrollo permanente de su personal voluntario y profesional.

- Iniciar, desarrollar y consolidar los servicios de hospitalización en la Casa de Salud.
- Emplear los recursos humanos y materiales de forma eficiente, en búsqueda permanente de su optimización.
- Adecuar la organización de manera continua, en base a su desarrollo y crecimiento.
- Ampliar su plantilla de voluntarios y benefactores.

2.7. PERFIL DEL PACIENTE ATENDIDO EN LA INSTITUCION

La comunidad judía en México está compuesta por aproximadamente 40,000 personas. La gran mayoría radica en la capital y en el Estado de México, mientras el resto reside en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y Tijuana.

Su estructura interna, está conformada por comunidades a las que se encuentran afiliados la mayoría.

ASHKENAZI: Integradas por descendientes de inmigrantes de Europa.

SEFARADI: Integrado por descendientes de España y Turquía.

MONTE SINAI: Descendientes de Damasco.

MAGUEN DAVID: Descendientes de Alepo y Siria.

BE-TEL: Sector que practica los principios del Judaísmo conservador.

BETH ISRAEL: Comunidad fundada por judíos de habla inglesa.

Los usuarios que se atienden en la Institución, son enviados previamente por sus Comunidades, quienes evalúan su situación socio-económica como primer filtro, antes de ingresar a la O.S.E.

Dándose prioridad a la población mayor de edad, limitados de recursos económicos y sin cobertura médica. A quienes se les apoya con servicio y tratamiento médico (medicinas, estudios de laboratorio y Rx, así como internamiento en la clínica, en caso de que lo requieran).

También se cuenta con población, que sólo recibe atención médica, y los gastos de medicamentos y estudios, son por su cuenta. En caso de requerir internamiento en la clínica, los únicos gastos que se recuperan son de medicamentos, estudios de Rx y laboratorios. La alimentación, estancia y honorarios médicos, son sin costo alguno para el paciente y absorbidos por la Institución.

El financiamiento de la Institución, se lleva a cabo a través de los donativos, que se reciben ya sea:

- Económicos: a través de donativos por particulares, empresas e Instituciones.
- En especie (medicamentos, aparatos médicos, de oficina, etc.)
- Así como las aportaciones por las Comunidades y los gastos de recuperación por medicamentos, estudios, e internamiento en la clínica de los pacientes de cada comunidad.
- Las cuotas de recuperación por pacientes particulares.

Asimismo, se cuenta con pacientes que no son apoyados por su Comunidad, y por lo tanto sus gastos son absorbidos por O.S.E.

ADMISIÓN DE PACIENTES PARA HOSPITALIZACION

La clínica da atención a pacientes no complicados que ameriten cuidados hospitalarios, excepto cirugías y terapia intensiva.

Para el ingreso de un nuevo paciente, deberá ser valorado por un Comité de Admisión que estará integrado por el Médico tratante, el Director Médico, Trabajo Social y Gerencia Operativa.

Los pacientes deberán cumplir con los siguientes requisitos para su admisión:

Estar afiliado a la “OSE”, contando con el aval de su Comunidad a la que pertenece. Su ingreso deberá ser aprobado por el Comité de Admisión de Pacientes.

A falta de aval de su Comunidad, asegurar el pago del servicio, únicamente la recuperación de gastos en medicamentos, laboratorios y Rx., (la estancia, honorarios médicos y alimentos, son servicios sin costo).

LOS PERIODOS DE ESTANCIA SE DIVIDEN EN:

A).- ESTANCIA CORTA: Se refiere a periodos de estancia de entre 1 y 24 horas, los pacientes susceptibles de ser atendidos dentro de este grupo son aquellos que se encuentran bajo observación médica y cuya situación puede definirse en un breve lapso, pudiendo:

Canalizarlo a un hospital para ser operado.

Darse de alta a su domicilio con tratamiento médico y/o resolver el problema de primera atención.

LOS SIGUIENTES SON EJEMPLOS DE CASOS QUE AMERITAN CORTA INSTANCIA:

- Pacientes con dolor abdominal en observación
- Pacientes con dolor lumbar o de otro tipo
- Pacientes con cólico renouretral.

B).- ESTANCIA INTERMEDIA: Periodos de 2 a 7 días de hospitalización, o lo que el médico considere conveniente para la recuperación del paciente, para aquellos pacientes que cubran las siguientes condiciones:

- Pacientes con tratamientos médicos prolongados de uso hospitalario.
- Pacientes pos-operados o convalecencia ortopédica.
- Pacientes con padecimientos infecciosos, que requiera tratamiento médico.
- Pacientes con descontrol metabólico.
- Pacientes con enfermedades terminales de mal pronóstico a corto plazo y que acudan para hidratación o aplicación de quimioterapia.

CASOS QUE NO PRODRÁN SER ATENDIDOS EN LA CLÍNICA

No se podrá admitir pacientes, con abandono familiar, problemas psiquiátricos o adicciones; pacientes que requieran hospitalización de tercer nivel, cirugías. Cabe aclarar que la clínica no funciona como Casa de Reposo, únicamente se ofrecen los servicios de consulta externa y hospitalización cuando el caso lo amerite.

EDAD DE LOS PACIENTES

DE 0 A 14 AÑOS	103 PACIENTES	10.60 %
DE 15 A 30 AÑOS	157 PACIENTES	16.16 %
DE 31 A 45 AÑOS	140 PACIENTES	14.41 %
DE 46 A 60 AÑOS	228 PACIENTES	23.48 %
MAYORES DE 60 AÑOS	343 PACIENTES	35.32 %
TOTAL	971 PACIENTES	100.00 %

Actualmente se cuenta con una población de 971 pacientes activos, cuyo rango de edad, el 55% rebasa los 45 años (edad adulta y senil).

SEXO

FEMENINO	559 PACIENTES	57.56 %
MASCULINO	412 PACIENTES	42.43 %
TOTAL	971 PACIENTES	100.00 %

La mayoría de la población atendida (57.56%), pertenecen al sexo femenino.

COMUNIDAD JUDÍO-MEXICANA A LA QUE PERTENECEN

COM. ASHKENAZI	446 PACIENTES	45.93 %
COM. BE-TEL	100 PACIENTES	10.29 %
COM. MAGUEN DAVID	141 PACIENTES	14.52 %
COM. MONTE SINAI	71 PACIENTES	7.31 %
COM. SEFARADI	79 PACIENTES	8.13 %
SIN COMUNIDAD.	134 PACIENTES	13.8 %
TOTAL	971 PACIENTES	100 %

PACIENTES QUE RECIBEN ÚNICAMENTE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DESCUENTOS EN RX, Y ESTUDIOS ESPECIALES.

781 PACIENTES

PACIENTES QUE RECIBEN AYUDA DE MEDICAMENTOS, LABORATORIOS Y RX EN CASO DE REQUERIRLOS Y ATENCIÓN MÉDICA.

190 PACIENTES

PACIENTES QUE RECIBEN AYUDA DE MEDICAMENTO CON CUOTA DE RECUPERACIÓN

11 PACIENTES¹

2.8. SERVICIOS QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN

Dentro de la Institución:

- Atención médica (pacientes externos, consulta exploración física, e impresión. diagnóstica, así como tratamiento).
- Entrega de medicamentos.
- Referencia a especialistas.
- Atención médica (pacientes internados dentro de la clínica).
- Enlace con otras Instituciones de Asistencia.

Fuera de OSE:

- Estudios de laboratorio y Rx, en laboratorios con convenio.
- Surtido de recetas médicas en farmacias con convenio (Superamas, Wal-Mart y Farmacia París).
- Atención de médicos especialistas, en sus consultorios.
- Procedimientos quirúrgicos por médicos de la barra médica de la OSE.
- Orientación y apoyo para hospitalización en Instituciones Privadas o del sector Salud designadas por OSE.

Para brindar, estos servicios, la OSE cuenta con la siguiente infraestructural:

- dos consultorios, para brindar atención médica, psicológica y de nutrición.
- Un consultorio para tomas de muestras de laboratorios, que se mandan a procesar al laboratorio con el cual se tiene convenio.
- Una farmacia de medicamentos de donación, los cuales se proporcionan al paciente sin ningún costo, así como una farmacia dentro de la clínica de internamiento, que cuenta con un cuadro básico para atención de pacientes internados.
- Una clínica de internamiento con capacidad para 12 camas distribuidas de la siguiente manera: 4 habitaciones privadas y una sala general con 5 camas, así como una sala con 3 camas en donde se realizan estudios especiales como: endoscopías y colonoscopías programadas.
- Una cocina, donde se preparan las dietas de los pacientes.
- Oficinas administrativas.
- Sala de juntas y de descanso.
- Área de vigilancia.

¹ Los datos que se presentaron en los cuadros, se obtuvieron de los expedientes de cada uno de los pacientes activos hasta el mes de diciembre del 2005, fecha en la que se realizó la última revisión de expedientes.

2.9. PERSONAL CON QUE CUENTA LA INSTITUCIÓN

Para su funcionamiento la institución, cuenta con el siguiente personal:

A) AREA ADMINISTRATIVA:

- 1 Gerente Administrativo.
- 1 Gerente de Operaciones.
- 1 Trabajadora Social.
- 2 Contadoras.
- 1 Recepcionista.
- 1 Encargada de farmacia.
- 1 Secretaria.
- 3 Cocina (cocinera, supervisora, dietóloga).
- 2 Mensajeros.
- 2 Personas de intendencia, para área administrativa.
- 2 Personas de intendencia, para el área de clínica.
- 2 Personas de vigilancia con turno de 24x24.

B) ÁREA MÉDICA:

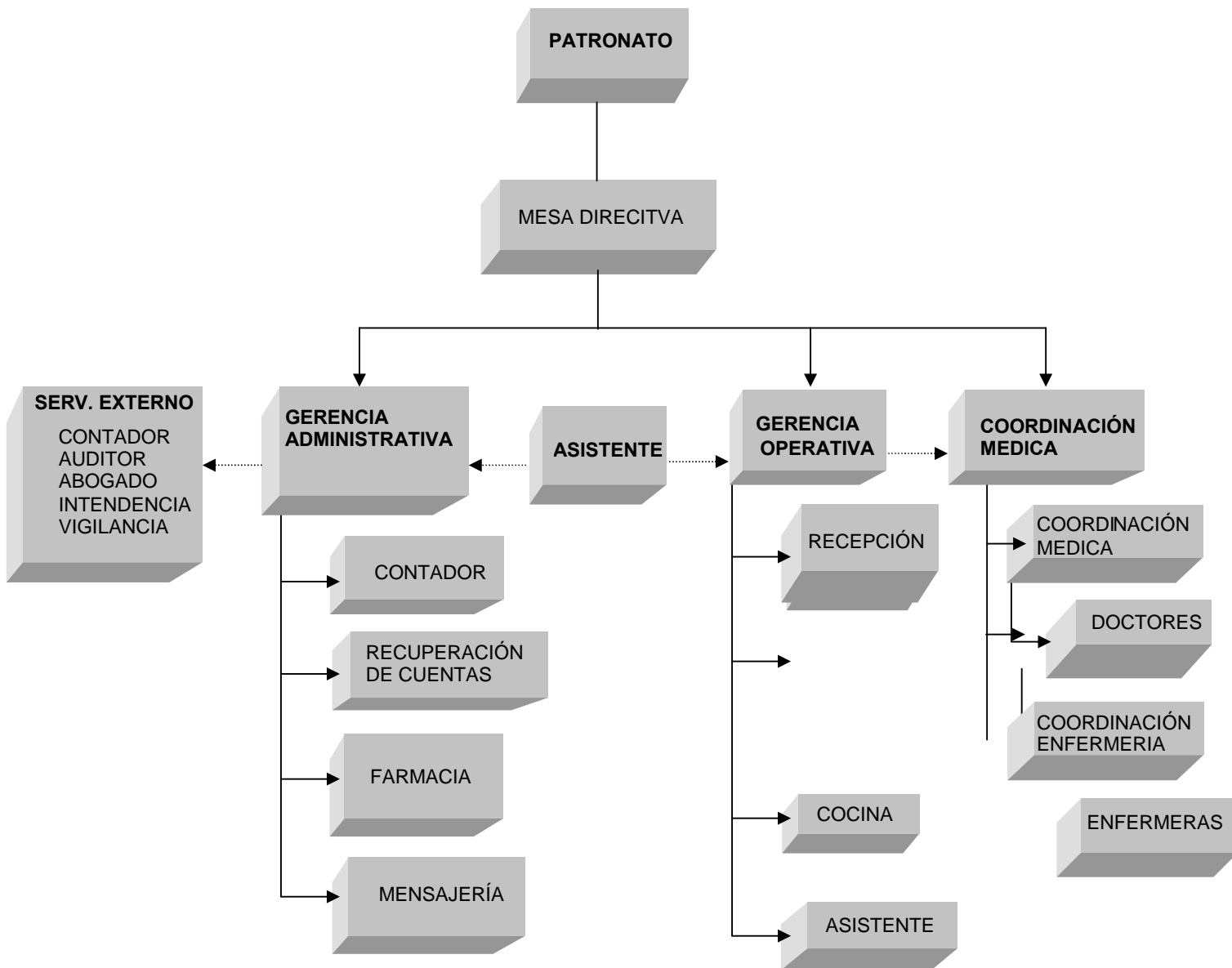
- 4 Médicos (Urgenciólogos) cubriendo los diferentes turnos y fines de semana.
- 4 enfermeras y 2 enfermeros, cubriendo los diversos turnos.

C) VOLUNTARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL:

- Un Patronato
- Mesa Directiva
- 2 Prestadores de Servicio Social (psicóloga, nutriologa).
- Un grupo aproximado de 5 Damas Voluntarias.
- 120 Médicos, la mayoría judíos que prestan sus servicios médicos, en forma altruista, en sus consultorios fuera de la OSE, en sus respectivas s especialidades.

2.9.1. ORGANIGRAMA

ASOCIACION DE ASISTENCIA PRIVADA O.S.E. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



2.9.2. DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

A).- ÁREA ADMINISTRATIVA

➤ GERENTE ADMINISTRATIVO

ANTERIORMENTE
(DIRECCIÓN GENERAL)

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Con todas las áreas que funcionan dentro de la Institución.

FUNCIONES:

- Apoyar a la Dirección (Mesa directiva, Director médico), en la administración de recursos humanos, materiales y financieros, así como en los sistemas de abastos y suministros, mantenimiento adecuado a todos los departamentos, con el propósito de mantener a la Asociación de Asistencia Privada OSE siempre en adecuadas condiciones de funcionamiento.
- Realizar la planeación, programación y evaluación periódica de las actividades que se efectúan mediante el análisis de la situación de las diferentes áreas.
- Difusión de la normatividad, procedente de la Mesa Directiva a fin de mejorar la calidad de la atención médica que se otorga en la Asociación.
- Contribuir a la formación, capacitación y desarrollo del personal administrativo, a fin de presentar una solución oportuna y eficaz a los problemas de salud de los pacientes.
- Coordinar y asesorar, la elaboración del presupuesto mensual y la revisión semanal del mismo.
- Asistir a juntas semanales, con Mesa Directiva, para analizar, los problemas que se presenten dentro de la Institución.
- Participar y apoyar en la organización de eventos promovidos, por la Asociación de Asistencia Privada.
- Establecer calendarización, para la realización de fumigación y exhaustivos, en coordinación con área médica.
- Vigilar que se cumpla el código sanitario y normas de higiene, en cada área.
- Analizar conjuntamente, con Gerencia Operativa, los problemas que enfrenta la atención médica, para dar solución, viable y oportuna.
- Dar seguimiento a trámites, fiscales, legales referentes a la Asociación.

- Mantener supervisión constante en pago de honorarios, nóminas, compras de insumos para cocina, limpieza en áreas de la clínica y al personal de empresas externas como son (Vigilancia, Limpieza, y Mantenimiento).

➤ **GERENTE OPERATIVO.**

ANTERIORMENTE
(GERENTE GENERAL)

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Área médica, Trabajo Social, Gerencia Administrativa, y Contabilidad.

FUNCIONES:

- Efectuar cobranzas de donativos.
- Efectuar cobranzas por recuperación de gastos de pacientes, a sus respectivas comunidades.
- Controlar y supervisar la atención de los pacientes.
- Estar en constante relación con Área Médica y Trabajo Social, para la atención de pacientes internos e internamientos dentro de la clínica.
- Emergencias las 24 hrs. En caso que exista algún problema con pacientes, o se requiera ser trasladados a otro hospital, fuera del horario administrativo, e se cuenta con directorio de cada uno de los responsables de las comunidades, (Comités de Ayuda).
- Coordinación con el Comité de Panteones de las diversas Comunidades, apoyar al familiar del paciente fallecido y facilitar los tramites para ser enterrados.
- Coordinar el trabajo de mensajería,
- Coordinar juntas con el Patronato así como con Mesa Directiva.

➤ **SECRETARIA.**

ANTERIORMENTE
(ASISTENTE DE DIRECCIÓN Y GERENCIA)

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Con Gerencia de Operaciones y Gerencia Administrativa.

FUNCIONES:

- Realizar cartas de agradecimientos de donativos.
- Elaboración de recibos de cobros de donativos

- Administración de papelería, y material a todas las áreas de la clínica.
- Apoyar a contestar el teléfono.
- Confirmar juntas de la Mesa Directiva y envío de fax.

➤ **RECEPCIÓN**

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Con todas las áreas y especialmente Trabajo Social.

FUNCIONES:

- Atención a pacientes, en sus solicitudes de medicamentos vía telefónica, para pasar el pedido, a Trabajo Social.
- Canalizar las llamadas a las diversas áreas que lo soliciten
- Manejo de archivos de expedientes, para anotar los medicamentos que solicitan, y para pasar a consulta a pacientes.
- Entrega de fax que llegan y entregarlos a las áreas correspondientes.
- Confirmar asistencias a eventos.
- Atención a pacientes para los servicios que soliciten y avisar al personal que corresponda.

➤ **TRABAJO SOCIAL**

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: área Médica, Gerencia Administrativa, Gerencia de Operaciones, Farmacia, Contabilidad y Recepción.

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES, E INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES

FUNCIONES:

- Identificar las necesidades del paciente, los recursos económico, culturales y familiares para establecer un diagnóstico, plan y tratamiento, así como seguimiento de caso de pacientes que ingresan a la OSE.
- Mantener en actualización permanente los expedientes, así como la integración de los expedientes de nuevo ingreso.

- Difundir la normatividad institucional a los pacientes para coadyuvar en el otorgamiento de una atención de calidad en todos los servicios, que se proporcionan al usuario en la clínica.
- Organizar y distribuir los recursos físicos y materiales asignados al área de Trabajo Social, buscando la optimización y eficiencia de los mismos.

TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y ELABORACIÓN DE ESTUDIOS SOCIO- ECONÓMICOS

FUNCIONES:

- Establecer la transferencia intra y extrainstitucional para la atención del paciente en consulta externa, así como otorgar el apoyo al personal médico para atender la referencia a especialistas fuera de la Institución, en caso de ameritarlo.
- Asistir y participar en reuniones de trabajo, para exponer problemas y sugerencias con los casos que se presenten con los pacientes atendidos en la clínica.
- Informar actividades realizadas mensualmente y semanales a Gerencia Administrativa y Operativa.
- Elaboración de estudios socio- económicos y diagnósticos de cada paciente, utilizando métodos, técnicas e instrumentos propios de la profesión.
- Establecer coordinación extrainstitucional con Comunidades, dependencias públicas , privadas, de salud y de enseñanza, para que a través de los servicios que ofrecen, se apoye las necesidades y problemas que presentan los usuarios.
- Coadyuvar con el equipo de salud, en las acciones de medicina preventiva, que se llevan a cabo en la clínica “OSE” (Semana de Salud).

TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE CONTROL DE MEDICAMENTOS

FUNCIONES:

- Participar en el proceso de solicitud de medicamentos de pacientes, elaborar recetas y el surtido de medicamentos con proveedores y entrega de los mismos a los pacientes.
- Supervisar el seguimiento médico de pacientes, para evaluar la continuidad de tratamientos.

TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

FUNCIONES:

- Aportar al equipo de salud, el conocimiento de los factores sociales, económicos y culturales que inciden en el padecimiento del paciente, para buscar en forma

interdisciplinaria, opciones de solución a la problemática de salud que presentan los usuarios del servicio de hospitalización.

- Visita a pacientes hospitalizados.
- Seguimiento de la salud del paciente, al egresar de la clínica, para continuar con tratamiento médico.
- Apoyar con la elaboración de los documentos correspondientes cuando el paciente amerite traslado a otro hospital, como son ambulancia, elaboración de responsiva, etc.
- Proporcionar apoyo al familiar del paciente en los trámites correspondientes de ingreso y egreso.

➤ **CONTABILIDAD**

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Gerencia Operativa, Gerencia Administrativa, Trabajo Social.

FUNCIONES:

La contabilidad ésta a cargo de dos contadores dividido en:

CUENTAS POR COBRAR:

- Costea gastos de medicamentos, laboratorios, Rx y estudios especiales por paciente y por Comunidad, para entregar cuentas a Gerencia Operativa y Trabajo Social.
- Asimismo elaborar hojas de costo de internamientos de pacientes particulares de Comunidad, para proceder al cobro.
- Realiza control de recibos por pagos de consulta, internamientos, medicamentos y donativos.

CUENTAS POR PAGAR:

- Análisis y verificación de cuentas por pagar, así como contabilizar los gastos y compras que intervengan en cada factura a registrar.
- Tener la cartera de proveedores al día, conocer qué se facturó de servicios, medicamentos y mantenimiento.
- Capturar las facturas recibidas en la contabilidad y programar pagos.
- Elaborar cheques para pagos de medicamentos y servicios, así como cheques de nominas.

- Llevar el control de caja y bancos.
- Tener los saldos de bancos actualizados
- Llevar registro de impuestos IMSS e INFONAVIT
- Tener al día la contabilidad para presentar pago de impuestos.
- Tener el control de ingresos y bajas de empleados.

➤ **FARMACIA**

RELACIÓN CON OTRAS AREAS: área Médica, Gerencias, y Trabajo Social

FUNCIONES:

- Registro y control de medicamentos de pacientes hospitalizados.
- Contar con un stock de medicamentos, material de curación necesarios para el buen funcionamiento de la clínica.
- Realizar inventarios periódicos de la farmacia de hospitalización.
- Realizar órdenes de compra de medicamentos faltantes en el stock.
- Revisar la caducidad y muestras de donación para la farmacia de medicamentos de donación para pacientes internos y externos.

➤ **MENSAJERÍA**

RELACIÓN CON OTRAS AREAS: Principalmente con todas las áreas Administrativas.

FUNCIONES:

- Realizar cobros de donativos.
- Entregar cartas de agradecimientos.
- Recoger muestras de donación de medicamentos en los consultorios médicos.
- Cobrar a las comunidades gastos de recuperación de sus respectivos pacientes.
- Realizar depósitos bancarios.

- Entrega bimestral de la revista OSE, a los médicos que colaboran con la institución, como a donadores y comunidades.
- Entrega a domicilio de medicamentos, cuando el paciente se encuentre en imposibilidad de hacerlo.

➤ **INTENDENCIA**

Para llevar a cabo la tarea de intendencia en el área administrativa, se cuenta con dos personas y para el área de hospitalización dos personas de compañía contratadas para este fin, que cubren dos turnos matutino y vespertino.

FUNCIONES:

- Aseo y limpieza de todas las instalaciones, de la Asociación de Asistencia Privada OSE, oficinas, consultorios, área de internamiento, patios y calle.
- Apoyar en las compras del súper, especialmente los alimentos para cocina.
- La limpieza del área de hospitalización de la clínica como de la cocina, se realiza por el personal externo, contratado por compañía especializada en limpieza, cuya tarea es mantener limpia el área, así como realizar exhaustivos cada que se da de alta un paciente.

➤ **VIGILANCIA**

FUNCIONES:

Estos servicios los presta una empresa de Seguridad Privada, se cuenta con dos elementos con un turno de 24 x 24.

Sus principales funciones son brindar seguridad a las instalaciones y personas que en ella se encuentran

- Llevar el control de asistencia del personal.
- Controlar la entrada y salida de visitantes.
- Fuera del horario administrativo y fines de semana, contestar el conmutador.
- Revisar el tanque de oxígeno y cambiarlo cuando este vació.
- Apoyar a enfermería a mover pacientes, cuando se le requiera.
- Abrir la farmacia de clínica y de donación, fuera de horarios administrativos.
- Avisar a Gerencia Operativa vía telefónica de ingresos y altas fuera del horario administrativo.

- Avisar al personal de mantenimiento, sobre las fallas que se ocasionan dentro de la clínica.

➤ **COCINA**

El área de cocina , se integra por tres personas: una cocinera, una auxiliar de dietas, y una supervisora de alimentos Koshser. Asimismo, cuentan con la supervisión de una nutrióloga que periódicamente da asesoría de dietas especiales para pacientes internados en la clínica.

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Gerencias, área Medica y Enfermería.

COCINERA

FUNCIONES

- Preparar alimentos en general para pacientes internados, médicos, enfermeras, vigilancia y Gerencia, que es el personal que tiene derechos a servicio de alimentos.

AUXILIAR EN DIETAS

FUNCIONES

- Auxiliar a la cocinera, orientar acerca de las dietas de los pacientes de nuevo ingreso, con base a las indicaciones médicas.
- Bajar las dietas a la hora que les corresponden a los pacientes.
- Lavar los trastes.

SUPERVISORA DE ALIMENTOS KOSHER

FUNCIONES:

Por costumbres religiosas dentro de la Comunidad judía, no se permite mezclar la carne y alimentos de leche, por esto se cuenta con dos cocinas, una donde se preparan los alimentos de leche y otra para los alimentos de carne, así como dos refrigeradores y dos tarjas para lavar los utensilios de cada cocina y la supervisora Kosher es la encargada de velar por:

- Supervisar que no se mezclen los alimentos y trastos.
- Prender la lumbre para que la cocinera pueda preparar los alimentos.
- Empaquetar los alimentos y sellarlos con una etiqueta, lo cual indica que los alimentos son 100% kosher.
- Guardar los alimentos en el refrigerador.
- Asimismo dejar fuera de la cocina los alimentos que se ocuparan en sábado, ya que se cierra la cocina por ser Shabat que es el día de descanso de los judíos.

- Sellar las alacenas, ya que únicamente se puede cocinar, siempre y cuando haya una supervisora Kosher, o persona que sea judía.

B).-ÁREA MÉDICA

➤ ENFERMERÍA GENERAL

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Gerencias, Trabajo Social, Farmacia, Cocina y Limpieza.

FUNCIONES:

- Cuidados generales al enfermo (aseo, administración de sus medicamentos, toma de signos vitales, toma de electros).
- Apoyar al médico en la consulta de pacientes externos, cuando se requiere curaciones, toma de signos y toma de glucosas.)

➤ MÉDICOS

RELACIÓN CON OTRAS ÁREAS: Gerencia Operativa , Gerencia Administrativa y Trabajo Social.

FUNCIONES:

- Atención prioritaria a pacientes gravemente enfermos y detección oportuna de enfermedades que ponen en peligro la vida.
- Proporcionar consulta a pacientes externos.
- Canalizarlos a consulta de especialidad, para control y manejo.

C).- VOLUNTARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL.

➤ DAMAS VOLUNTARIAS OSE

FUNCIONES:

- Apoyar en los eventos de la clínica.
- Realizar visitas a pacientes internados dentro de la clínica y en otros hospitales.
- Difundir, la labor de la Ose, en escuelas, Instituciones y Templos, de la misma comunidad judía.

➤ PATRONATO

FUNCIONES:

- Cuidar de que el personal que preste sus servicios a la Institución cuente con los conocimientos, capacidades y profesionalismo.
- Cumplir con el objetivo con el que fue constituida la Institución.
- Destinar los fondos de la Institución exclusivamente al desarrollo de las actividades asistenciales.
- Enviar a la Junta un informe anual de las actividades realizadas por la Institución, dentro de los primeros tres meses, del año siguiente al que se informe.
- Vigilar que la Mesa Directiva, lleve a cabo sus funciones.

➤ MESA DIRECTIVA

FUNCIONES:

- Vigilar, coordinar y supervisar que se cumplan los objetivos de Asociación de Asistencia Privada Ose.
- Supervisar las tareas de contabilidad.
- Supervisar que todos los planes y programas de trabajo se lleven a cabo.
- Velar por las necesidades de la Institución.
- Buscar patrocinadores y apoyos económicos.

➤ MEDICOS VOLUNTARIOS

FUNCIONES:

- Brindar atención médica, en las diferentes especialidades cuando los pacientes sean canalizados por los médicos de planta en la O.S.E, para tratamiento y control de sus enfermedades.

➤ PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

Actualmente se cuenta con el apoyo de los pasantes en:

PSICOLOGÍA

FUNCIONES:

- Apoyo a pacientes con problemas emocionales, que son canalizados por Área Médica y Trabajo Social.

- Apoyar a los pacientes internados en la clínica, que presentan problemas psicológicos.

NUTRIOLOGA

FUNCIONES:

- Atención a pacientes, canalizados por área médica, para control de peso.
- Orientación a pacientes sobre dietas, por problemas de salud como son pacientes diabéticos, con colesterol alto, Nefropatas, etc...
- Apoyar a la cocina con las dietas de los pacientes internados en la clínica.²

² Cabe aclarar que no se cuenta con un manual de organización que contemple las actividades y funciones, cada área, cada área hace referencia a sus actividades de acuerdo a su perspectiva o experiencia dentro de la institución, por lo que me di a la tarea de elaborar un formato, el cual fue aplicado en las diversas áreas para recopilar la información mencionada anteriormente.

CAPITULO 3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

Uno de los propósitos fundamentales de la sistematización, es la conceptualización de la práctica, para poner un orden en todos los elementos que intervienen en ella, le de cuerpo, que lo articule en todo, es decir es un proceso de reflexión que pretende ordenar lo que ha sido a lo largo de un proceso de experiencia, los resultados de un proyecto , que puedan explicar el curso que asumió el trabajo realizado, con la finalidad de prever medios y herramientas que permitan enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico, para la vuelta a la acción.

Para sistematizar toda experiencia de trabajo, es necesario presentar un conjunto de conceptos o categorías fundamentadas, que nos permitan poner en común las ideas y dar orientación al mismo.

En el campo de la asistencia social el trabajador social es cada vez más cuestionado, ya que su actuación en éste ámbito, implica para algunos autores, hablar de una práctica profesional “anticuada” o poco sustentada, con una visión caritativa o filantrópica; sin embargo , su intervención sigue siendo práctica y metodológicamente válida y busca día a día, cambiar esta visión existencialista por una concepción científica, éticamente comprometida que permita ofrecer y rescatar en el hombre, el derecho de goce de una vida digna.

3.1. ASISTENCIA SOCIAL Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD

A).-De acuerdo al autor Ezequiel Ander-Egg, en su diccionario de trabajo social, la Asistencia Social, “se designa a un conjunto de servicios prestados a aquella parte de la población que tiene problemas y no pueden resolverse por sí mismos. Y también hace referencia a una profesión que se ocupa de prestar servicios de asistencia social, al igual que se utiliza para designar una forma de tecnología social, que en algunos métodos específicos, procura ayudar aquellos que tienen alguna necesidad. En éste sentido la Asistencia Social se ha constituido en un intento de superar la simple acción empírica, por una acción fundamentada en conocimientos científicos y métodos de intervención, considerando como específicos, dentro de la profesión de la Asistencia Social denominada caso, grupo y comunidad.”¹

La Junta de Asistencia concibe la Asistencia Social “como una acción de protección social en beneficio de la población vulnerable, en la que debe incurrir el Estado y la sociedad de manera organizada y complementaria, para incidir con mayor efectividad en las distintas condiciones que afectan a millones de personas”.²

De acuerdo a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada en el DF, define la Asistencia Social como; “un conjunto de acciones dirigidas a proporcionar el apoyo, la integración social y el sano desarrollo de los individuos o grupos de población vulnerable o en situación de riesgo, por su condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica o social. Así como las acciones dirigidas a enfrentar situaciones de urgencia, fortalecer su capacidad para resolver necesidades ejercer sus derechos y de ser posible, procurar su reintegración al seno familiar, laboral

¹ Ezequiel Ander Egg “Diccionario de trabajo social” Ed. Humanitas Buenos Aires. 1982

² Junta de Asistencia Privada del DF “La asistencia privada en México. Ed Marca del Agua S De R.L De C.V México DF 2004

y social. La asistencia comprende acciones de promoción, previsión, protección y rehabilitación.³

B).-PROCESO SALUD –ENFERMEDAD

El nivel de salud de una comunidad, está condicionada por factores que repercuten directamente o indirectamente en las condiciones de salud. Estos factores a los que nos referimos son de índole social, económica, biológica, física, política y cultural.⁴

En el curso de la vida, la conjugación de estos factores determina que un individuo se mantenga sano o que se enferme. La enfermedad se presenta en un momento dado, en virtud de que los mecanismos de que dispone el organismo no pueden mantenerlo en equilibrio dinámico con el medio.

El proceso de salud- enfermedad es continuo y permanente y a él está sometido dinámicamente el ser humano, como resultado de la interacción con el medio que le rodea (ecosistema, sociedad y de su propio medio interno, que tiende a la defensa y al equilibrio (homeostasis).

Cualquier alteración que se produzca en alguno de los factores que influyen constantemente sobre el hombre puede ocasionarle trastornos.

TEORÍA ECOLÓGICA:

Equilibrio cuerpo- mente- ambiente = salud

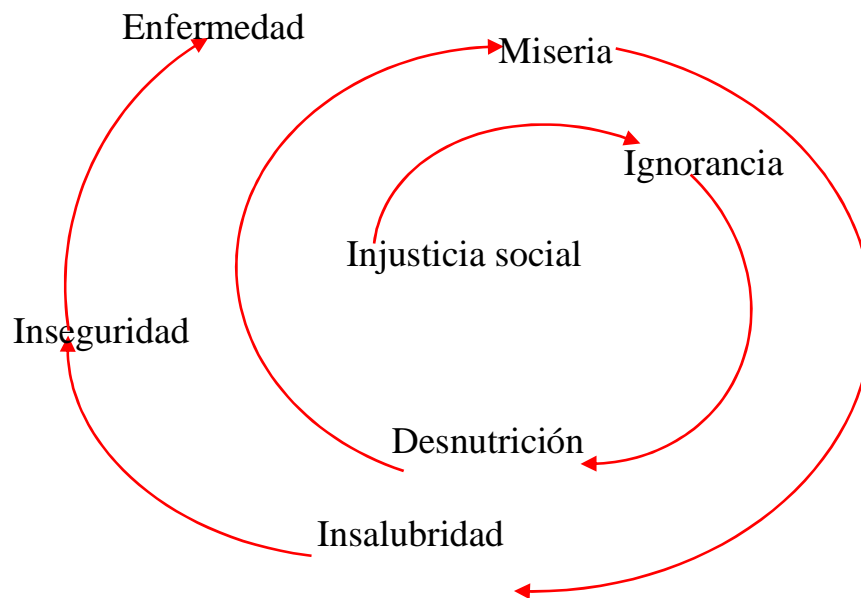
SALUD ←————→ ENFERMEDAD

La pérdida de éste estado de completo bienestar físico, mental y social constituye la enfermedad.

³ Gaceta Oficial del D.F, publicada el 14 de diciembre de 1998

⁴ M. Barraquin y colaboradores. “Socio médica, salud pública y medicina social”, UNAM- Facultad de medicina. Segunda Ed. 1990 p.722

De acuerdo con algunos autores (Horwitz), interpretan un círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia, la insalubridad y la enfermedad, como una espiral, donde el factor básico es la injusticia social.⁵



La Asistencia Social como servicio de salud, es resultado del desarrollo científico y técnico que ha facilitado la comprensión de los factores sociales, que favorecen la salud o provocan la enfermedad.⁶

Por lo tanto, si consideramos que estos factores mencionados repercuten en el proceso salud- enfermedad de un individuo, es importante reconocer que una posibilidad de resolver el problema de salud, es a través de la **Asistencia Social**. Por medio de diversas Instituciones del sector:

A).- **Oficial y/o públicas**, las cuales dependen del gobierno y buscan cubrir las necesidades de salud de la población que no cuenta con seguridad social, como ejemplo: DIF, y hospitales de Salubridad (Cardiología, Neumología Psiquiatría, etc.), Hospital General, GEA González, entre otros.)

B).- **Privadas**, quienes atienden las necesidades sociales al igual que las primeras, pero buscan llegar a aquellos sectores de la población, que no han recibido apoyo necesario por parte del Estado y por la misma sociedad, como ejemplo:

Asociaciones civiles (A.C.)

Instituciones de Asistencia Privada (I.A.Ps.).

⁵ Sánchez Rosado Manuel, "Elementos de salud pública" Ed. Mendez Cervantes 1991. segunda Ed.

⁶ OP.Cit M. Barraquin P. 723

*Esta última corresponde a la institución, objeto de estudio (Asociación de asistencia privada O.S.E (Organización de Servicios a Enfermos) I.A.Ps

La demanda de servicios asistenciales, requiere de la participación del profesional en Trabajo Social, el cual interviene, como vínculo de enlace entre la población que presenta alguna carencia, problema o desorganización y los recursos con los que cuenta la Institución para satisfacer sus necesidades o su situación social.

En éste sentido, en el siguiente apartado se describirá la intervención del Trabajador Social en ámbito de la salud.

3.2. TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

Definir el campo que atienden profesiones multidisciplinarias como el Trabajo Social, presenta a primera vista una gran complejidad, sin embargo, si se realiza un análisis de las características del quehacer profesional, su intervención se identifica de manera clara y precisa en diversas áreas de la realidad social.

“En síntesis, el profesional de Trabajo Social, está capacitado para interpretar desde una perspectiva integral la problemática social e intervenir en los procesos sociales orientados a la satisfacción de las necesidades sociales y a la realización del hombre en un plano de dignidad humana”⁷

3.2.1 ANTECEDENTES DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

Como antecedente importante cabe mencionar que “en 1905 en Massachussets General Hospital de Boston, a iniciativa del doctor Richard C.

Cabot, solicitó la cooperación de una Trabajadora Social para establecer el departamento de Servicio Social en dicha Institución. Fue probablemente, la primera Trabajadora Social que desarrolló un programa específico en éste campo”.⁸

“ Mientras que en México, fue en el año de 1937 cuando la Secretaría de Asistencia Pública, solicitó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se incluyera como profesión a “trabajadores sociales”, dentro de un grupo de especialistas con cuatro categorías: investigación, promoción coordinación y seguimiento de casos.

En 1943 se crea el Hospital Infantil, uno de los lugares de gran importancia, ya que fue cuna del aprendizaje del trabajo médico social.

En 1944, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social, se incorporó a Trabajadoras Sociales, en las diferentes unidades de atención médica.

El Instituto de Nutrición inicia sus actividades, incluyendo posteriormente la participación del trabajador social, ya que en sus inicios las funciones fueron desempeñados por personal empírico, cuya función se concretaba a establecer cuotas de recuperación, mediante la clasificación socio-económica de los pacientes.

⁷ Castellano “Manual de trabajo social” Ed. La prensa médica mexicana México DF 2004 P. 142

⁸ Idem p- 144

En 1948 se inaugura el Hospital de Psiquiatría “Fray Bernardino Álvarez”, dando auge al Trabajo Social dentro del área de salud mental.

En 1954, se inauguró el Instituto Nacional de Audiología, que más tarde cambió su nombre a Instituto Nacional de Comunicación Humana, destacando la labor del Trabajador Social, ya que se implementó una metodología de Trabajo Social de casos y posteriormente en los 70's incorporo el trabajo social de grupos, logrando así una metodología propia y una identidad en el ámbito Institucional.

En 1964, se inaugura el Hospital de Urgencias Xoco y en el mismo año el de la Villa, los cuales desde su creación contaron con personal de Trabajo Social.

El Instituto Nacional de Cardiología, hasta el año de 1964, contó formalmente con personal de Trabajo Social, quienes con técnicas avanzadas investigaban la situación social y económica de los pacientes, a fin de integrar un diagnóstico médico social, ya que anterior a ésta fecha, se contó con personal empírico encargado de realizar las funciones de Trabajo Social.”⁹

3.2.2. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD:

Es una de las áreas de intervención más tradicionales que aborda el proceso salud-enfermedad, desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, hasta un enfoque bio-psico-social, promoviendo la salud completa de los individuos, por lo que sus acciones se orientan a la investigación socio médica, lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso salud- enfermedad. La gestión y administración de los servicios de Trabajo Social de diferentes unidades operativas, así como en acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad, participe en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.¹⁰

En éste sentido, en el ámbito de la salud, se ha considerado la participación del profesional en Trabajo Social, como el recurso humano integrante de un equipo multidisciplinario que coadyuva en la organización y el funcionamiento de Instituciones y servicios de bienestar social para la población, es el profesional que conoce, las carencias y necesidades sociales, que inciden en el proceso salud- enfermedad y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación, programación, educación social, promoción, prevención, asesoría etc. Orientados a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades en las instituciones de 1, 2 y 3er nivel.

En 1978 la Secretaría de Salud convocó a un grupo específico, en el que participó el Dr. Sánchez Rosado, catedrático de la Escuela Nacional de Trabajo Social, para definir las funciones del Trabajador Social en éste sector. Estas funciones se ajustan según el nivel de actuación y el tipo de programas que se lleven a cabo.

⁹ Aída, Valero “ El trabajo social en México, desarrollo y perspectiva” UNAM-ENTS . Primera ed. 1994 P. 138

¹⁰ Margarita Téran Trillo, “Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud”, ENTS-UNAM. México DF 1989. p 39

Cabe mencionar que también se retomó información de la Lic. Margarita Terán, así como del trabajo de investigación de la Lic. Graciela Casas, asesora de éste trabajo de sistematización, las cuales se desempeñan en el área de investigación de la Escuela de Trabajo Social.

Estas son algunas de las funciones y actividades que proponen dentro del ámbito de la salud:

INVESTIGACIÓN:

- Identificar los factores y variables socio-culturales y económicos, que intervienen en la distribución y frecuencia de la salud y de la enfermedad.
- Investigar los factores ambientales, actitudes y valores que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud a nivel comunidad, grupal o individual.
- Investigar y comprobar la validez de la aplicación y la eficacia de métodos, técnicas e instrumentos que enriquezcan la teoría de Trabajo Social.
- Investigar los recursos con los que cuenta la Comunidad, para la atención de salud.
- Planear y realizar investigaciones específicas de problemas sociales en el área de salud.

PLANEACIÓN:

- Colaborar en la planeación de los programas de salud pública, en cuanto a la adecuada administración de los recursos de Trabajo Social.
- Planear y organizar los programas de capacitación y adiestramiento del personal de Trabajo Social, así como de estudiantes en prácticas y del voluntariado.
- Participar en la planeación de servicios que satisfagan las necesidades prioritarias.

ADMINISTRACIÓN:

- Generar procesos y mecanismos de gestión social, que permitan los recursos y requerimientos, así como la asesoría y orientación de los usuarios para el uso de los servicios médicos.

CAPACITACIÓN:

- Contribuir a la formación de Trabajadores Sociales, así como de otros profesionales que deban actuar en los equipos de salud, con un objetivo común, un código compartido y unidad de criterios.
- Proporcionar información a los miembros del equipo de salud sobre funciones, objetivos y otros aspectos específicos del Trabajador Social.
- Difundir entre el equipo de salud, la información sobre los factores y variables socio-económicas de la población atendida.

EDUCACIÓN:

- Participar en programas de educación para la salud, dando al público información adecuada al respecto, a la vez que motivándolo para participar activamente en los mismos.
- Concientizar a la población, a fin de que ubicada en su realidad de manera crítica, sea autora de su propia salud, considerando a ésta como valor colectivo.
- Desarrollar programas de ocupación del tiempo libre para todos los grupos de la Comunidad, buscando mantener la salud mental y prevenir enfermedades.

PROMOCIÓN:

- Fortalecer la unidad familiar, ya que ésta es medio de integración o desintegración de salud y de enfermedad.
- Participar en la promoción de programas de salud.

COORDINACIÓN:

- Establecer canales de comunicación interna y externa con todos los recursos humanos institucionales para lograr los objetivos y metas de los programas de salud.
- Integrarse en forma organizada al equipo de salud, cumpliendo el rol que corresponde a la profesión, sin perder de vista el que desempeñan los demás miembros del grupo.
- Servir de enlace entre la población atendida y el equipo de salud, autoridades institucionales y gubernamentales, a fin de lograr la ejecución de los planes y programas de salud.

ASISTENCIA:

- Valorar el otorgamiento de servicios a partir de estudios socio-económicos y psicosociales.
- Prever servicios de apoyo (ambulancias, agencias funerarias, medicamentos, aparatos, etc.)
- Realizar las acciones necesarias tendientes a promover la solución de problemas sociales que interfieran con la prevención, control y rehabilitación del paciente.
- Dar orientación y apoyo a aquellos pacientes que encuentran obstáculos para recibir asistencia médica.

DOCENCIA:

- Impartir clases y asesorar a los alumnos en materia de salud.
- Planear programas de capacitación y adiestramiento, para Trabajadoras Sociales y estudiantes.

SUPERVISIÓN:

- Propiciar a través de la supervisión el desarrollo de las actividades del Trabajo Social.
- Contribuir a la utilización racional de los recursos de las Instituciones, así como simplificar los trámites respectivos.

EVALUACIÓN:

- Medir objetiva y analíticamente las actividades realizadas, tanto a nivel interno como externo, cuantitativa y cualitativamente de acuerdo a las metas y objetivos.
- Valorar la efectividad de los métodos, técnicas e instrumentos empleados en los procesos desarrollados en el programa.
- Valorar los resultados positivos y negativos y sus causas, para proponer las modificaciones o ajustes pertinentes.

ASESORÍA:

- Sugerir las acciones y cambios necesarios en el desarrollo de los programas.
- Revisar permanentemente los resultados y evaluarlos, para estar en condiciones de hacer nuevas sugerencias que lleven a la superación del personal y el mejor redimiendo de los programas.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

4.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

El concepto de metodología en su percepción más limitada, se define como el camino que conduce al logro de determinados fines y objetivos.

La Lic. María del Carmen Mendoza Rangel, hace referencia al proceso metodológico como “ un proceso de acumulación de conocimientos y experiencias; dicho proceso por sí mismo, va precisando las posibilidades de avanzar, en la medida que va constituyendo las intervenciones necesarias para ello. Las etapas o fases metodológicas que se definan como componentes del mismo, dependen de las condiciones propias del lugar en que se desarrolla la experiencia de los objetivos definidos y de las posibilidades materiales y humanas.”¹

4.2. ANTECEDENTES DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

La atención individualizada, se propicia principalmente en los Estados Unidos con la publicación del libro de Mary Richmond “What is social case work” y “Social Diagnosis” en 1917. Se le consideró la pionera de Trabajo Social de casos. Mary Richmond reintegró ideas que permitieron una propuesta metodológica aplicable en estudios de los casos sociales, tomó los conceptos de diagnóstico, plan y tratamiento del ámbito médico, por considerar que los problemas que aquejaban a los individuos eran estados patológicos, derivados de su desadaptación al medio social donde habitan.²

Después de la década de 1920, el Trabajo Social Norteamericano, tiene una creciente influencia del psicoanálisis. De la crisis de 1929 y debido a la gran depresión económica, se le da mayor importancia a los factores económicos y sociales así como también gran importancia al grupo familiar.

En los años de 1940, con el libro de Gordon Hamilton, la atención individualizada se orienta más a lo psico-social y a partir de ésta publicación en los Estados Unidos, surgen dos tendencias: la diagnóstica y la funcional. La primera hace un diagnóstico de la personalidad y la funcional surge en oposición al psicoanálisis y trabaja más con la psicología del desarrollo.

Hamilton, define al trabajo social de caso “como toda acción de descubrimiento de recursos en el ambiente inmediato y la búsqueda de aquellas capacidades individuales que pueden ofrecer una vida confortable y llena de satisfacciones, desde el punto de vista económico y personal”.

Mientras esto ocurría en los Estados Unidos, en **México**:

En la décadas de 1920 y 1930, se refiere que ya había personal que cubría funciones de investigación en la problemática de trabajo social de casos, principalmente en aspectos

¹ Sánchez Rosado Manuel. “Manual de trabajo social” ENTS-UNAM. 1996 México DF P.187

² Castellanos, María “Manual de trabajo social, prensa médica Mexicana, México DF 1974 Pág. 5

educativos y de alimentación, en casas cunas, hospicios y escuelas de ciegos y sordomudos.

Se enfocó principalmente al Trabajo Social Institucional en la atención de la higiene infantil, misiones culturales por la SEP. Se aplicó la metodología de Trabajo Social de Casos dentro del Tribunal para Menores de México en la sección de investigación, se realizaban visitas domiciliarias para indagar acerca de su familia, condiciones económicas, salud, etc.

Se considera que en la década de los veinte y treinta, el Trabajo Social de Casos, fue uno de los métodos especiales de Trabajo Social, por estar íntimamente relacionado por la situación del México posrevolucionario que se vive en ese entonces.

En los 40's se crea la Escuela Nacional de Trabajo Social, que se localizaba en la facultad de Derecho de la UNAM.

En 1947, se publicó el Manual de Trabajo Social, de la autora Paula Alegría Garza, donde hace referencia a la metodología de:

Trabajo social de casos.

Trabajo social de grupos.

Organización de la comunidad.

La cual señala que el método específico de Trabajo Social, incluye la investigación, diagnóstico, plan y tratamiento raíz de la influencia de la medicina en Trabajo Social, ya que se considera que ambas tienen un objetivo común, prevenir y curar las enfermedades de orden físico (la medicina) y del orden social (el Trabajo Social). Así como el médico cura las enfermedades del organismo humano, el Trabajador Social busca aliviar los problemas que aquejan a la sociedad.

Sin embargo, durante ésta etapa al Trabajador Social se le ubica, como el auxiliar de otros profesionistas.

En los 50's se propone una metodología de intervención individualizada y lo denominan como un procedimiento científico de investigación social, diagnóstico y tratamiento. Aún no aparece un marco teórico que fundamente éste procedimiento.

Josefina Gaona, señala que el Método de Casos, es todo un procedimiento científico de investigación social, diagnóstico y tratamiento de casos individuales.

En ésta misma década, el Dr. Alfredo Saavedra escribió un "Manual de Trabajo Social", donde plantea una Metodología de Trabajo Social de Casos, contemplando los siguientes aspectos.

Investigación.

Diagnóstico.

Plan médico social.

Tratamiento médico social.

Evaluación.

Más tarde, se presentan los movimientos de Centro y Sur América, así como la corriente de reconceptualización donde incluyen aspectos que tienen que ver con revoluciones sociales, con los trabajos de grupos y de comunidad.

En 1962 María C. Castellanos, definió al Trabajo Social de Casos “como el método que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas en el sujeto para delimitar y eliminar las negativas como medio de lograr el mayor grado de integración del individuo a la sociedad.

En México, en 1969 se presenta el plan de estudios a nivel Licenciatura, donde se incluyen las materias de teoría de Trabajo Social de Casos, práctica de Trabajo Social de casos en diversos semestres.

En los años setenta, se continúa con cierto estancamiento teórico y práctico del Trabajo Social en general y de la Metodología de Casos en particular. Por lo que los Trabajadores Sociales Mexicanos, dejaron de poner a la vista en el Trabajo Social Norteamericano y empezaron a retomar bibliografías del sur de América Latina (Uruguay, Chile, y Argentina).

En los años 70's se modifica el plan de estudios, influenciado por los trabajadores sociales de los países de Sudamérica, dándose mayor auge en el trabajo social Psiquiátrico

A partir de 1980, Biestek Félix define al Trabajo Social en Atención Individualizada como: El arte en el cual se utiliza el conocimiento de las ciencias en las relaciones humanas y la habilidad para éstas, a fin de motivar las posibilidades del individuo y los recursos de la Comunidad.

Desde los años ochenta hasta la actualidad, existe la inquietud de modificar el concepto de Trabajo Social de Casos, con conocimientos y procedimientos científicos, el cambio se dio en la conceptualización de Trabajo Social de casos a Trabajo Social en Atención Individualizada.

Actualmente el método utilizado en éstos casos, sigue una metodología relacionada al de las ciencias médicas: primero observa, indaga e INVESTIGA los factores individuales, familiares y del medio social que influyen en el comportamiento actual del individuo para llegar a hacer un DIAGNÓSTICO de su situación personal, familiar; y posteriormente elabora un PLAN para realizar la labor de desarrollo de aquellas habilidades y actitudes que permitan al usuario enfrentar su situación y una vez que se han previsto los resultados del plan, se determina el TRATAMIENTO a seguir y finalmente la EVALUACIÓN del proceso.³

³ Los antecedentes de la atención individualizada, se retomaron del manual del diplomado de atención individualizada por la Lic. Ana Cecilia Sánchez Fabela. En las Pág. 14-16, así como del Manual de Trabajo social del Dr. Sánchez Rosado en la Pág. 117

4.3. ETAPAS DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA

A continuación se definirán las etapas de la metodología de Trabajo Social en Atención Individualizada, que considero tienen mayor fundamento, ya que son las que se han consultado en diversas fuentes bibliográficas.

4.3.1. INVESTIGACIÓN:

La investigación, es un proceso destinado a producir conocimiento científico, acerca de la estructura, las transformaciones y los cambios de la realidad social.

Es considerada la primera etapa de la metodología de Trabajo Social en atención individualizada; permite obtener información precisa que proporcione el usuario, para así obtener un diagnóstico real del mismo, dándose a conocer su entorno social, en todas sus apreciaciones.

En la investigación se utilizan dos fuentes fundamentales: la directa y la indirecta.

LA INVESTIGACIÓN DIRECTA. Se refiere a las entrevistas con el usuario y la observación de sus actitudes y aptitudes, se da el acercamiento directo con el usuario, con el fin de recabar información conforme al motivo de la investigación.

LA INVESTIGACIÓN INDIRECTA: Se refiere a las entrevistas colindantes del caso, con los familiares, médicos, vecinos, amigos. Así como la información que se obtenga por documentos oficiales o cualquier otra vía que no sea directa con el usuario.

4.3.2. DIAGNÓSTICO:

La palabra diagnóstico proviene del griego “diagnósticos”, formado por el prefijo día, que significa “ a través ” y gnosis que significa “conocimiento” o apto para conocer. Por ello el diagnóstico social se elabora a partir de los datos y la información recopilada durante la investigación.⁴

Asimismo nos permite jerarquizar las causas y efectos de la problemática o necesidades detectadas, así como buscar los factores que influyen en forma favorable o desfavorable y determinan los recursos con los que se cuenta.

Ander- Egg considera incluir los siguientes aspectos para un mejor diagnóstico:

- La sistematización de la información y datos sobre la información, problemas de una determinada realidad.
- El intento de establecer la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas y la jerarquización de los mismos en función de ciertos criterios ideológicos, políticos y técnicos.
- Incluir la determinación de los recursos e instrumentos disponibles, en función de la resolución de los problemas y la satisfacción de necesidades o carencias.

La Lic. Laura Ortega, recomienda que para no se convierta el diagnóstico en una síntesis del informe de investigación, el Trabajador Social debe estructurar y enfocar las siguientes preguntas:

⁴ Scarón de Quintero Maria Teresa. “El diagnóstico social”. Ed. Humanitas Buenos Aires 1977 Pág. 87

- ¿Cuál es el problema ?
- ¿Qué factores psicológicos, físicos, sociales y económicos contribuyen?
- ¿Qué es lo que espera el usuario del trabajador social y de la Institución a la cual representa?
- ❖ ¿Con qué recursos cuenta el usuario para la solución de su problema?

4.3.3. PLAN SOCIAL:

Un plan es el resultado de un proceso de anticipación y previsión hacia un futuro, es la exposición de principios o actividades con el objeto de resolver o atenuar el o los problemas del individuo, cuyo punto de partida es un cuestionamiento de la realidad a la cual accedemos mediante la investigación o el diagnóstico, posteriormente con los resultados de éste, podemos estar en condiciones de plantear objetivos y metas, estructurar estrategias y acciones a realizar. Prever los recursos necesarios y anticipar el seguimiento y evaluación de lo que hacemos. De éste modo se realimenta el proceso, se corrige o se cambia.

El plan se concibe como : “un instrumento escrito que refleja de manera concreta y cuidadosa, lo que se piensa hacer, lo que se lleva a cabo y lo que nos permite valorar, la forma en la que se realiza”.⁵

Por lo tanto el plan:

- Es un documento que hace referencia a la intención de lo que se prevé hacer.
- Una vía de comunicación entre quien hace el plan y la Institución en la que se encuentra inmerso.
- Un documento claro y viable, es decir que cualquier persona que se acerque a él lo comprenda, cuáles son sus propósitos, quiénes intervienen, cuales son las acciones, que recursos requiere, de qué manera se llevará el seguimiento y cómo se va a ejecutar.

4.3.4. TRATAMIENTO:

El tratamiento es la fase dinámica y activa que sigue después de la elaboración de un plan. Se inicia desde el diagnóstico que se obtiene en la primera relación con el usuario y continúa durante todo el proceso de la atención profesional.

El Trabajador Social en ésta etapa, debe asesorar y guiar al usuario y a su familia para que participe activamente en el plan trazado, por lo tanto es preciso ayudar a ambos a enfocar las diferentes formas de afrontar la situación e indagar caminos de solución. Además de desarrollar sus habilidades de tal modo, que el usuario llegue a prescindir del apoyo profesional, a la vez que logra su reincorporación a la vida social.

Funciones del Trabajador Social durante el tratamiento:

- Comprensión profesional del problema.
- Orientación de los recursos a su alcance.

⁵ Camacho González Lizbet. “Modelo de intervención individualizada”. UNAM- ENTS. México 1998. Pág. 32.

- Hacer ver al individuo las características de responsabilidad, conciencia, libertad y voluntad.

4.3.5 EVALUACIÓN:

Ander-Egg define el término de evaluación como una palabra “elástica”, que tiene usos diferentes y que puede aplicarse a una gama muy variada de actividades humanas y que sirven para el juicio, hacer una valoración o medir algo, ya sea esto un objeto, situación o proceso.⁶

El objeto de la evaluación según Ander-Egg es:

- Mejorar las técnicas y procedimientos utilizados, para modificar estrategias.
- Continuar o suspender la intervención.
- Replantear el procedimiento ejecutado.

La evaluación es el análisis de los resultados. En Trabajo Social, la evaluación se lleva a cabo desde la primera entrevista y continúa en el tratamiento; se busca hacer una apreciación mediante el análisis de cada resultado, con el fin de darle seguimiento profesional a la atención o un cierre adecuado.

Los motivos que pueden influir en el cierre o conclusión de la intervención Individualizada son:

- Solución del problema.
- Por mejoría del usuario.
- Por fallecimiento del usuario.
- Por abandono del tratamiento por parte de usuario.
- Cuando el usuario indique que ya no requiere los servicios.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA, EN LAS DIVERSAS ETAPAS DEL PROCESO METODOLÓGICO.

Se entiende por **técnica**, al conjunto de procedimientos, recursos y medios puestos en práctica, para obtener un resultado. Son los procedimientos que ayudan al método a conseguir su propósito.

Los **instrumentos** son herramientas para realizar un trabajo, un auxiliar para que las técnicas sean eficaces y precisas, las herramientas materiales de que se valen las técnicas para el logro de sus objetivos. Los instrumentos surgen de acuerdo a la técnica utilizados para la consecución de un propósito determinado.⁷

A continuación se mencionarán algunas técnicas y los instrumentos que se pueden utilizar en la atención individualizada. El uso de las mismas depende de los objetivos, recursos, políticas o fines de la Institución.

⁶ Ander Egg Ezequiel. “Metodología de trabajo social” Ed. El ateneo. Barcelona España 1982. Pág. 5

⁷ Ander Egg Ezequiel. “Introducción a las técnicas de investigación social” Ed. Humanitas Buenos Aires. 1975. Pág. 95

A) INVESTIGACIÓN

❖ TÉCNICAS

“Dentro de las principales técnicas que el Trabajador Social utiliza son: la entrevista, observación, visita domiciliaria y fuentes indirectas.

ENTREVISTA

La entrevista es una técnica fundamental en las ciencias sociales, quizás una de las más utilizadas a nivel profesional. La entrevista en Trabajo Social, se lleva a cabo con el fin de descubrir junto con el usuario, los factores que intervienen en su problema y es complemento del diagnóstico.

La entrevista permite:

- Establecer el trato de persona a persona, de primer contacto, con el usuario que solicita la intervención.
- Lograr un diagnóstico integral acertado.
- Corroborar las prioridades del plan de intervención.
- Mantener comunicación directa de inicio a fin en el proceso de trabajo con el individuo y su familia.

La Lic. Laura Ortega, considera que en la entrevista se debe conocer la situación familiar y la personalidad del individuo, sus necesidades, sus prejuicios y emociones, para el logro de su participación activamente en el tratamiento de su problema.

OBSERVACIÓN

Una técnica que apoya de manera directa a la entrevista, consiste en captar a través de los sentidos, las actitudes, gesticulaciones, presentación, estado de ánimo, lenguaje no verbal y otros aspectos que se requiere considerar para formarse una idea integral de la situación. Esto nos será de especial importancia al interpretar la entrevista para complementar la información, evidenciar alguna situación y detectar contradicciones, entre lo que se dice y lo que se observa.

VISITAS DOMICILIARIAS:

La visita domiciliaria, es una técnica que va a apoyar al Trabajador Social, a investigar en forma directa el medio en el que se desenvuelve y de la manera en que éste influye o no, en la problemática que presenta. Al mismo tiempo nos permite constatar la información que nos proporcionó anteriormente, en cuanto a su forma de vida, profundizando así en las relaciones y la dinámica familiar.

En su medio natural, el individuo tiende a comportarse como normalmente lo hace, lo que en ésta situación el Trabajador Social puede captar rasgos de su personalidad, mediante el tono de su voz, sus gestos y su desenvolvimiento dentro de su hogar.

FUENTES INDIRECTAS:

Son un recurso de especial interés para complementar y profundizar en la situación del sujeto de estudio, lo constituyen las entrevistas que se efectúan a vecinos, familiares cercanos y en ocasiones lejanos, compañeros de trabajo, jefes, médicos tratantes, abogados, lo que favorecerá que el Trabajador Social conozca de manera más objetiva la problemática, sus causas y consecuencias, así como los recursos existentes para el manejo del caso.

❖ INSTRUMENTOS

Entre los instrumentos que con mayor frecuencia se utilizan son: el informe, el diario de campo, las guías de entrevista y los documentos oficiales.

INFORME:

Es el relato que se elabora con la finalidad de plasmar la información recabada por el trabajador social.

En este debemos tener el cuidado de agrupar y unir los datos correctamente a fin de que resulte útil para todo el equipo que interviene en el tratamiento, además, se debe de cuidar que la redacción sea clara, precisa, sencilla y oportuna.

DIARIO DE CAMPO:

Consiste en registrar todas las actividades que se realizan durante la jornada de trabajo, con la finalidad de utilizarlo como recordatorio de los antecedentes de cada persona que acude al servicio, de asuntos pendientes a tramitar o gestionar, para solicitar información a alguna Institución o persona, a fin de continuar con el tratamiento del caso y para complementar la información obtenida, al intentar sistematizarla.

Constituye un auxiliar indispensable para el Trabajador Social, ya que se maneja un gran número de casos y por la diversidad de funciones que realiza requiere de un instrumento que le apoye en su trabajo.

GUÍAS DE ENTREVISTA:

Son documentos en los que se registra de manera ordenada los rubros generales a investigar durante la entrevista, los cuales deben de responder a las necesidades de la Institución en lo que se refiere al motivo de estudio.

Entre los principales datos que ésta debe contener se encuentran: datos personales, antecedentes individuales, grupo familiar, características económicas, condiciones de salud, datos de la vivienda y del contexto en el que se desenvuelve la familia, entre los más comunes.

DOCUMENTOS OFICIALES:

Nos permite verificar, confrontar o precisar algún dato que puede ser trascendente en cuanto a la causa de la problemática, la situación en sí, sus efectos o posible solución. Entre éstos se encuentran: actas de nacimiento, matrimonio o defunción, constancias de

trabajo, de estudio, de salario, certificados médicos, cartillas de vacunación, comprobantes de domicilio, de egresos, etc.

B) DIAGNÓSTICO SOCIAL

❖ TÉCNICAS:

Para elaborar el diagnóstico el profesional en Trabajo Social se basa en técnicas como el análisis, la interpretación y la síntesis de la información.

ANÁLISIS:

Consiste en separar todos los componentes que integran el estudio social, la edad, el sexo, escolaridad, el rol de cada miembro de la familia, necesidades expectativas, etc., los cuales permiten interpretar la relación existente entre unos y otros.

INTERPRETACIÓN:

Consiste en explicar de qué manera están influyendo las relaciones que se dan entre un dato o fenómeno y otro.

SÍNTESIS:

Permite reagrupar la información analizada e interpretada destacando la situación encontrada, causas y efectos, factores que intervienen en ésta, recursos con los que se cuenta y posibilidades que existen para el tratamiento.

C) PLAN SOCIAL

❖ TÉCNICAS

Esta fase utiliza como técnicas la programación, capacitación e implementación de recursos.

PROGRAMACIÓN:

Para la programación, es indispensable determinar en conjunto con el sujeto de estudio las estrategias de intervención, para lo cual se deben fijar, objetivos claros y precisos y con base a ello señalar el camino a seguir, por este motivo es indispensable que el Trabajador Social cuente con una sólida formación profesional, conocimientos y manejo del proceso administrativo, con el objeto de que realice una adecuada delegación de tareas, organización de las partes y establezca sistemas de control.

CAPACITACIÓN:

En ocasiones, al intentar incorporar al sujeto al proyecto de intervenciones se detecta que éste no cuenta con los conocimientos necesarios para lograrlo, por lo que el Trabajador Social se preocupará por adiestrarlo aún en aspectos elementales, para que cumpla con la tarea que le ha sido delegada como parte del plan de acción.

IMPLEMENTACION DE RECURSOS:

En múltiples ocasiones, el individuo no está consiente de los recursos con los que se cuenta, considera que éstos le deben ser proporcionados por el Estado, o no sabe de la existencia de los que la Comunidad y la Institución le ofrecen y en otros casos no los tiene a la mano, por lo tanto requiere de conseguirlos por diversos medios, por ello es importante que el profesional lo ayude a identificarlos y obtenerlos.

❖ INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que con mayor frecuencia utiliza el Trabajador Social de Casos, son el programa y cronogramas de trabajo, éstos permiten formalizar el plan de acción.

PROGRAMAS:

Se recomienda que después de elaborado el plan de acción, se someta a la consideración del usuario del servicio, con el objetivo de verificar si se recogieron sus inquietudes y sugerencias, además de que conozca qué papel jugará en la solución de la problemática.

El programa deberá estar integrado por los objetivos que se persiguen, la metodología que se va a aplicar, las acciones a realizar, el tiempo en el que se van a llevar a cabo y la organización de las partes.

D). TRATAMIENTO

❖ TÉCNICAS:

Para ejecutar las acciones que establece la programación, el Trabajador Social parte de diversas técnicas entre las que se encuentran: la capacitación, el control, la supervisión, la canalización y la evaluación, además de algunos instrumentos que favorecen su trabajo, entre éstos los documentos de control, guías de supervisión y los criterios de evaluación.

CAPACITACIÓN:

No obstante de que ya se haya iniciado en la ejecución del plan de acción, se debe de continuar desarrollando habilidades, conocimientos y aptitudes, al mismo tiempo que se modifican actitudes, a fin de que el sujeto participe de manera efectiva en el tratamiento.

CONTROL:

Es indispensable que durante ésta fase, el Trabajador Social se mantenga constantemente informado de las acciones que se estén llevando a cabo y del compromiso asumido por la familia y el sujeto de estudio, a fin de sensibilizarlos continuamente, para que no abandonen el compromiso asumido.

CANALIZACIÓN:

En múltiples ocasiones, no es posible brindar la ayuda que el solicitante amerita, se detectan tantas complicaciones que se requiere de una atención más especializada, o requiere de una atención compartida; esto motiva al trabajador social a establecer relación con otras instituciones que tengan la posibilidad de proporcionar dicho tratamiento y vigilar que éste acuda a la instancia a la que se le envía.

SUPERVISIÓN:

Es indispensable que durante el tratamiento, el Trabajador Social ayude al sujeto de estudio, a promover sus capacidades y dirija sus actividades, con el objeto de que se organice para el mejor desarrollo de éstas. Además de estimular su crecimiento y capacidades incrementando sus propios conocimientos, destrezas y juicios en el desempeño de sus tareas. De aquí la importancia de llevar a cabo una continua supervisión de las acciones, lo que redundará en un mejor resultado durante el tratamiento del caso.

EVALUACIÓN:

La acción del Trabajador Social debe de ser sometida a una evaluación continúa con la finalidad de verificar los resultados que durante el tratamiento se vayan presentando, para estar en condiciones de redireccionar el proceso cuando se considere pertinente, o bien a inducir, modificar en cuanto a la metodología que se está aplicando. Es aconsejable que ésta se lleve a cabo periódicamente y de manera permanente.

❖ INSTRUMENTOS:

A fin de lograr la intervención del sujeto y la familia en el tratamiento integral de la problemática presentada, el Trabajador Social aplica diversos instrumentos en los que podemos mencionar: documentos de control, guías de supervisión e instrumentos de medición.

DOCUMENTOS DE CONTROL:

Es conveniente señalar los lineamientos para mantenerse informado de los avances del caso, por ello se deben de elaborar herramientas que permitan conocer el trabajo de cada una de las partes que se está realizando, un documento que se presenta con frecuencia son las notas de evolución, las cuales intentan plasmar el desarrollo del tratamiento, desde diferentes perspectivas.

GUÍAS DE SUPERVISIÓN:

Con base en los documentos anteriores, el Trabajador Social debe planear hacia donde dirigir su acción, con el propósito de que el sujeto de estudio desarrolle sus habilidades y aptitudes, al mismo tiempo que organice su trabajo, con mejores resultados.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

Se perfeccionan con el objeto de señalar qué aspectos serán evaluados y cómo. Para tal fin es posible elaborar test, escalas, cuestionarios, etc. dependiendo de los indicadores que serán evaluados.

E). EVOLUCIÓN DEL CASO

Consiste en llevar el seguimiento de la atención que se está proporcionando, en un expediente durante el tratamiento.

❖ INSTRUMENTO:

EXPEDIENTE

Este instrumento es muy útil, ya que consiste en agrupar, todos aquellos documentos importantes que se obtengan durante el proceso del estudio del caso. Tales documentos van a ser guardados de acuerdo a los parámetros que marque la Institución, en algunos casos se clasifica por orden alfabético, por orden cronológico, de acuerdo a características específicas de las distintas problemáticas”⁸

SÍNTESIS DE LA METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS

MÉTODO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
INVESTIGACION	Entrevista, Observación, Visitas Domiciliarias, Fuentes Indirectas	Informes diarios de Campo, Guías de entrevista, Documentos Oficiales
DIAGNÓSTICOS Y PRONOSTICO	Análisis, Interpretación y Síntesis	Expediente
PLAN	Programación, Capacitación e implementación de recursos	Programa de trabajo cronograma
TRATAMIENTO	Capacitación, Canalización, Control, Supervisión y evaluación	Documentos de control, Supervisión y Criterios de evaluación
EVOLUCIÓN	Verificación, Seguimiento y Relato	Anotaciones, Fichas de control.

4.5.METODOLOGÍA IMPLEMENTADA EN ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA “OSE” (Organización de Servicio a Enfermos) I.A.P

De acuerdo a las características del usuario de la Institución, mencionadas en el capítulo 2, se describirá la metodología utilizada, así como el **ejemplo de un caso práctico**.

⁸ Ortega Laura. “Manual de diplomado en atención individualizada” Centro de Educación continua, ENTS-UNAM. MÉXICO DF 2003 Pág. 4-14

La metodología de Trabajo Social en atención individualizada, implementada dentro de la Institución, ha permitido atender de manera individualizada a los pacientes y a su familia, ya que cada caso es diferente y cada situación puede variar entre una y otra. En este sentido, Trabajo Social busca de acuerdo a los recursos de la Institución la ayuda para que se brinde el apoyo al paciente.

4.5.1. EJEMPLO DE UN CASO PRÁCTICO Y LAS ETAPAS METODOLOGICAS QUE SE SIGUIERON

A continuación se presenta un caso práctico: Sofía quien es paciente de ésta Institución, con la finalidad de identificar cada una de las fases del proceso metodológico que se lleva a cabo en la atención individualizada dentro de la práctica profesional en la Institución.

INVESTIGACIÓN DEL CASO

Dentro de ésta primera etapa se utiliza la investigación a través de técnicas e instrumentos como son: la observación, entrevista, visita domiciliaria, informes y documentos oficiales, de cada uno de los pacientes con la finalidad de obtener información del usuario para poder realizar un diagnóstico del mismo y conocer su entorno social.

I.- DATOS PERSONALES

Paciente femenina de 32 años, designada con el nombre de Sofi, de ascendencia judía, presenta retraso mental moderado.

Desde pequeña presentó problemas de déficit de atención, lo cual causó problemas de conducta y el rechazo por parte de sus maestros. Cuando se detectó el problema requirió el apoyo de Escuela de Educación Especial, así logro terminar su secundaria y una carrera secretarial en dos años.

En lo que respecta al aspecto familiar Sofi pertenece a una familia desintegrada: la madre de 65 años y una hermana de 30 años que al igual que Sofi presenta retraso mental, la paciente manifiesta un fuerte rechazo hacia su madre ya que la describe como “una persona hostil, que constantemente suele descalificarla y agredirla física y verbalmente”. En contraste describe al padre, el cual falleció cuando ella tenía 19 años “como un hombre al que recuerda con mucho cariño y le gustaría que aún viviera”.

Fue a partir del fallecimiento de su papá, cuando se agudiza la situación familiar, ya que Sofi tratando de huir de su casa, permanece mayor tiempo en la calle fuera de un centro comercial recogiendo alimentos de la basura, así como fuera del Templo pidiendo limosna para comprar golosinas y drogas (cocaína), al mismo tiempo se prostituye para conseguir dinero.

Dado la problemática que presenta Sofi en el año 2000, fue internada en una clínica psiquiátrica en el Estado de Cuernavaca Morelos “Clínica Jacarandas”, donde recibió atención psicológica y psiquiátrica, para poder desintoxicarla de su problema de adicción a la cocaína así como control de su esquizofrenia paranoide, donde permaneció 16 meses internada.

De acuerdo a la valoración psiquiátrica:

Refiere paciente con cromosopatía ya definida e inteligencia subnormal, con curso hacia el deterioro progresivo y que no está capacitada para vivir sola, es necesario un ambiente protector y con supervisión constante, es una chica que puede realizar trabajos más o menos rutinarios “maquilar o hacer mandados”, para desarrollar habilidades que le permitan conseguir comida o un poco de dinero. El manejo de la paciente puede facilitarse con algunos medicamentos como la carbamazepina o el clonazepam y algunos antidepresivos, que deberán administrarse bajo prescripción y vigilancia médica.

De acuerdo a la valoración psicológica:

Se refiere paciente con rendimiento intelectual global de limítrofe, que presenta una marcada discrepancia entre su ejecución verbal y su rendimiento visoespacial, que la ubica en el rango de retraso mental superficial, donde únicamente su habilidad es para captar detalles esenciales.

Aunado a lo descrito las pruebas neuropsicológicas, aplicadas, sugieren la existencia de una disfunción a nivel frontal y frontoparietal, que lateraliza al hemisferio cerebral derecho, se manifiestan problemas de planeación visoespacial, así como un deficiente control motor fino y oculo motor.

Se trata de una paciente con una enorme demanda de atención, que se esfuerza en sostener una imagen personal positiva y socialmente adecuada. Presenta baja autoestima, un gran temor a la agresión interna como externa. Sus principales mecanismos de defensa son la evasión a través de la fantasía.

Una vez que fue dada de alta de la Clínica Jacarandas, fue condicionada a continuar con valoración psicológica y psiquiátrica así como médica principalmente (Ginecológica y Nutrición), ya que debido a sus malos hábitos alimenticios, presenta problema de obesidad, además de poca higiene en su persona lo cual ocasiona recurrentes infecciones en vías urinarias, cérvicovaginitis y micosis en los pies.

Además se solicitó una responsiva por parte de un familiar, ya que su madre no cuenta con la capacidad física, mental y económica para hacerse cargo de sus hijas, al no contar con tutor que se responsabilice: La comunidad a la que pertenece “Maguen David”, es quien interviene económicamente y determina que Sofi al igual que su hermana, permanezcan internadas en otra clínica psiquiátrica en el DF. llamada “Casa Azul” ubicada en la Colonia del Valle en la cual permanece Sofi desde que fue dada de alta en la clínica de Cuernavaca al día de hoy.

Su hermana no logra adaptarse a la clínica, por lo que decide escaparse y vivir al lado de su mamá, y seguir pidiendo dinero fuera del Templo para poder comprar sus cosas personales.

En cuanto a vivienda, no cuentan con casa propia, viven en el domicilio de la abuela materna. Departamento en buenas condiciones en la colonia Polanco, donde les prestan una recámara para su mamá y su hermana, ya que su departamento el cual era el único patrimonio que les dejó su papá antes de morir, fue vendido por un hermano de su mamá, mientras ésta también fue internada en Cuernavaca y se gastó el dinero.

DIAGNOSTICO DEL CASO

A partir de la información proporcionada en la investigación, nos permite conocer cuáles son sus problemas de salud, los factores que intervienen sus necesidades y los recursos con los que cuenta el paciente.

Los principales problemas que presenta Sofi son:

- Desintegración familiar.
- Adicción a la cocaína.
- Esquizofrenia paranoide (de acuerdo a la valoración psiquiátrica).
- Problemas de salud recurrentes.
- No es autosuficiente para valerse por sí misma.

PLAN Y TRATAMIENTO

Dentro de esta etapa, tomando en cuenta las necesidades de los pacientes y los recursos con los que cuenta la Institución, una vez elaborado el diagnóstico del paciente, se determina el plan a seguir y los servicios que se pueden ofrecer al usuario; atención de salud y hospitalaria dentro de OSE, canalización con médicos especialistas fuera de OSE, como a otros hospitales del sector público o privado con los cuales se tiene convenio, así mismo la referencia a otras Instituciones que también dan atención a paciente de la comunidad Judío mexicana y que son independientes a OSE, pero se cuenta con el apoyo de las mismas como por ejemplo: Fundación MENORAH (Atención a la Violencia Familiar), UMBRAL (Atención de Pacientes con Problemas de Adicciones), CASA AZUL (Atención y Hospitalización de Pacientes Psiquiátricos), KADIMA (Atención a Pacientes con Capacidades Diferentes), entre otras Instituciones

Con respecto a la desintegración familiar, fue necesario alejarla de su madre y su hermana, para mejorar su estado afectivo y evitar actos impulsivos, que atenten contra ella misma, permitiéndole a su mamá la visita a la clínica un día a la semana, para mejorar la relación familiar.

Con respecto a sus problemas de salud, adicción y esquizofrenia, se realizan periódicamente valoración psicológica y psiquiátrica la cual recibe dentro de la Clínica de Casa Azul, así como por la OSE donde es canalizada con los diversos médicos (Ginecología, Nutrióloga, Dermatología, etc.) y se proporcionan sus tratamientos médicos (medicinas y estudios de laboratorio cuando se requiera)

En cuanto a la dependencia tanto económica como social, se logró la coordinación con KADIMA, para insértala al campo laboral realiza actividades como etiquetadora de ropa de bebe, por lo cual percibe un ingreso de \$50.00 pesos diarios de lunes a viernes, de 8 a 2 de la tarde.

Para lograr la sociabilización por medio de KADIMA, un día a la semana el jueves se le permite quedarse en una casa donde convive con otros jóvenes de su edad, ven películas, salen a tomar café, van al cine y se organiza en el año vacaciones en grupos.

EVALUACIÓN DEL CASO

La evaluación, se realiza a través de la revisión periódica de casos así como la actualización de estudios socioeconómicos de los usuarios, para valorar si ha habido modificación en su situación económica, si se continúa con el apoyo o se suspende la intervención, asimismo permite mejorar las técnicas y procedimientos de intervención.

Se ha logrado cambios favorables para Sofi, como son independencia. Se desenvuelve sola para arreglar sus trámites, ya que anteriormente siempre era acompañada por una persona de “Casa Azul”. No le permitían salir sola de la Clínica, ya se logró rehabilitarla de su adicción a la cocaína y no se administran tranquilizantes ni antidepresivos, se desempeña laboralmente para cubrir sus gastos personales y esparcimiento; en cuanto a las relaciones afectivas con su hermana y madre aún no se ha logrado mejorías.

CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

5.1. INDUCCIÓN A LA INSTITUCIÓN

La inducción a la Institución, se llevó a cabo en un día. Se realizó un recorrido por las Instalaciones, así como la presentación con las diversas áreas de trabajo, se asignó un espacio físico (escritorio, papelería, documentos con relación a los pacientes y el archivero con los expedientes de consulta externa y hospitalización).

En forma general, se mencionó las actividades que corresponden al área de Trabajo Social, conforme fueron pasando los días se fue logrando el desempeño profesional.

Posteriormente se solicitó una computadora para realizar estadísticas, informes, etc. lo cual facilitó aún más el trabajo.

En la actualidad éstas son las funciones que se llevan a cabo en el área de Trabajo Social.

5.2. ATENCIÓN DE PACIENTES DE NUEVO INGRESO

- Informar acerca de los requisitos para afiliarse a la OSE, como son: carta de aceptación de su Comunidad a la que pertenece la cual deberá especificar el tipo de ayuda que recibirán, siendo la Comunidad el primer filtro, donde el paciente es entrevistado, le abren un expediente, y nos hacen llegar con el paciente la carta de aceptación.
- Una vez cubierto el trámite con su Comunidad Trabajo Social le da cita al paciente. Para entrevista se le pide fotografías, la carta de Comunidad, comprobante de domicilio y de ingresos o pensión si lo hay.
- Se abre un expediente con sus datos personales, se realiza estudio-socio-económico, para evaluar su situación económica y el otorgamiento del servicio, se anexan comprobantes de ingreso y carta de aceptación.
- Se realiza, un **diagnóstico social** de cada paciente, y se turna el caso a gerencia, para conocimiento del mismo.
- Una vez que fue autorizado el ingreso, se anota en el expediente y el carnet, las condiciones de ingreso y por ultimo, se etiqueta y se archiva el expediente.

5.3. ATENCIÓN DE PACIENTES EXTERNOS

- Enviar a ínter-consulta, con médicos especialistas, cuando es canalizado de primera vez por medico y en consultas sucesivas es Trabajo Social quien elabora el pase, el cual debe ir sellado y con firma de gerencia.
- Pedir autorización de medicamentos, laboratorios, estudios especiales que requieren los pacientes a sus Comunidades respectivas.

- Programar estudios especiales como son: endoscopías, colonoscopías, tomografías, resonancias magnéticas, etc., para pacientes ya sea internados o externos.
- Proporcionar a los pacientes externos sus medicamentos.
- Entregar despensas a algunos pacientes, que nos llegan del Templo “RAMAT SHALOM”.
- Préstamo de aparatos, sillas de rueda, cama de hospital, andaderas, tanques de oxígeno a pacientes que lo requieran, en coordinación con farmacia. Se lleva un control de fechas de préstamos y fechas de devolución.

5.4. ATENCIÓN DE PACIENTES DE CLINICA (INTERNAMIENTO)

- Pedir autorización a sus Comunidades para el ingreso a la Institución, en coordinación con Gerencia Operativa.
- En caso de ingresar en forma particular, se le informa al familiar acerca de los gastos que tendrán que cubrir como son: (gastos de recuperación de medicamentos que se le hayan administrado, Rx, y laboratorios), asimismo se les informa de los servicios que no tienen costo, como son la estancia en la clínica, la alimentación y los honorarios médicos, esto es servicio subsidiado por la Institución.
- Abrir expedientes clínicos de primera vez, recabar datos personales, la firma de la responsiva de internamiento.
- Informar al paciente y al familiar sobre los lineamientos de internamiento como son: la hora de visita, objetos de valores, alimentos.
- Avisar al familiar del paciente cuando llega a solo a consulta y el médico considera que debe ser internado.
- Dar informes al familiar sobre algún tramite, estudio o lo que requiera el paciente, siempre en coordinación con Gerencia Operativa.
- Programar ambulancia, para traslados, en coordinación con Gerencia Operativa.
- Estar en comunicación con médicos y enfermeras, para lo que necesite el paciente internado, toma de laboratorios, Rx, estudios especiales, y papelería.
- Realizar visitas a pacientes internados en otros hospitales.
- Elaborar cartas responsivas de internamiento, transfusión de sangre o estudios especiales, para envío a otros hospitales privados (Mocel, ABC,

Ángeles de Interlomas) y públicos (GEA González y Hospital General) con los cuales tenemos convenio.

- Avisar al familiar en caso de fallecimiento, y orientarlo para los trámites correspondientes, en coordinación con Gerencia Operativa.

5.5. CONTROL DE MEDICAMENTOS

- Recepción toma las solicitud de medicamentos vía telefónica, se registra en el expediente de cada paciente los medicamentos y pasa a Trabajo Social los mismos.
- Trabajo Social, elabora recetas de medicamentos controlados y no controlados, así mismo pide autorización de medicamentos a sus Comunidades, cuando son de nuevo tratamiento ya que la mayoría de los pacientes los tomas por tiempo indefinido, pues son tratamientos para enfermedades crónicas en su mayoría de los casos.
- Se entregan los expedientes y las recetas a Gerencia Administrativa y/o Gerencia Operativa, que son las dos áreas facultadas para firmar recetas, en el caso de las controladas se pasan al médico en turno para que las firme.
- En el caso de los medicamentos controlados, en su mayoría antidepresivos, las recetas están en custodia de Trabajo Social, ya que se lleva un control por medio de folios. Cuando el médico receta el medicamento por primera vez, Trabajo Social elabora la receta y el médico la firma.
- Una vez que las recetas fueron autorizadas por Gerencia, se solicita el pedido de los medicamentos, con los proveedores con los cuales se tiene convenio, mismos que llegan al siguiente día, por lo que se les solicita a los pacientes que soliciten sus medicamentos 24 horas antes de que se les terminen sus medicamentos.
- Al siguiente día se revisan las facturas contra medicamento, se folean recetas, se embolsan los medicamentos y se entregan al paciente. El cual deberá firmar su receta de recibido y no llevársela.
- En caso de que no llegara algún medicamento, se le da una nueva receta para ser surtida en Superama o Walt-Mart, tiendas con las cuales se tiene convenio.
- Por último, las recetas foliadas se entregan a contabilidad, cuentas por cobrar, para ser costeadas y a final de mes, sacar estados de cuentas de cada paciente.

5.6. COBRANZAS

- Apoyar a Gerencia Operativa, con las cobranzas de los pacientes que ingresaron a la clínica en forma particular.
- Recordar a pacientes que tienen cuota de recuperación o excedentes de gastos de medicamentos y estudios, para que efectúen sus pagos.
- Costear estudios de laboratorios, y estudios de Rx a pacientes particulares, así como estudios especiales, endoscopías y colonoscopías para efecto de pago del paciente.

Nota: los cobros los realiza recepción, quien tiene el control de recibos de pago.

5.7. ESTADÍSTICAS

- Llevar un control de pases entregados a pacientes para consulta de especialidad. Los especialistas se encuentran fuera de la clínica, en los diversos hospitales o en sus consultorios privados, pero trabajan altruistamente y actualmente se tiene un directorio de 120 médicos, de diversas especialidades y en su mayoría también pertenecen a la Comunidad Judío-Mexicana.
- Registro diario de los expedientes de pacientes que acuden a la Institución ,ya sea a consulta o por medicamentos.
- Estadísticas mensuales, se procesa y analizan los datos para obtener el total de pacientes que se atendieron por:
 - Consulta.
 - Entrega de medicamentos.
 - Pacientes de nuevo ingreso.
 - Subsecuentes.
 - Envidos con médicos especialistas.
 - Por sexo.
 - Por comunidad.
 - Estudios de laboratorios realizados.
 - Estudios de Rx y especiales.
 - Hospitalizaciones y cirugías en otro Hosp. con convenio.
 - Internamientos, dentro de la clínica.

Estadísticas que se reportan tanto al Patronato, como a la Junta de Asistencia Privada (JAP).

5.8.PARTICIPAR EN EVENTOS O.S.E

- Apoyar algunos eventos que se realizan dentro de la Institución.
- La Semana de Salud, OSE, que se realiza cada año, información al paciente sobre los estudios que se realizarán durante la Semana de Salud, los cuales son sin costo para pacientes OSE y con cuota de recuperación en algunos estudios como la mastografía y densitometría ósea para los que no son pacientes, ya que la Semana de Salud es abierta a todo el público de la comunidad Judío- mexicana, y la labor de trabajo social durante la Semana, es identificar a los que si son pacientes, mediante su carnet y por si algún paciente olvida su carnet o no lo tiene vigente ,identificarlo.
- Apoyar en la fiesta de fin de año, que se realiza como agradecimiento a todos los médicos, así como a los benefactores de la OSE.
- Eventos internos como son cumpleaños del personal y fin de año.

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA Y PROPUESTAS GENERALES

A partir de la experiencia profesional en éstos cuatro años, dentro de la Institución donde he desempeñado mis funciones como Trabajadora Social, es necesario realizar un análisis de todos aquellos factores que intervienen en los servicios que ofrece la Institución a los usuarios y las limitaciones para el desempeño, especialmente en el área de Trabajo Social, para brindar una atención optima y de calidad.

Asimismo, con base al análisis es necesario implementar algunas propuestas generales en los tres actores que intervienen dentro de la sistematización; (Ámbito institucional, usuarios y Trabajo Social).

Por lo que dentro de este capítulo, se abordará conjuntamente el análisis y sus propuestas.

6.1. CON RELACIÓN AL ÁMBITO INSTITUCIONAL

La Institución debe funcionar como un sistema, donde es importante la interacción de las diversas áreas que intervienen con funciones y actividades específicas que conlleven al logro de un objetivo general dentro de la Institución.

Dentro de los diversos aspectos internos que se contemplan para el desarrollo dentro de una Institución son los siguientes:

ESTRUCTURA: Comprende la Institución como tal en su tiempo, su espacio físico y su ubicación geográfica.

ADMINISTRATIVO: Se refiere a la estructura orgánica que conforman la Institución de acuerdo a la misión para la cual fue creada.

NORMATIVO: Las políticas, las metas, los objetivos y las estrategias bajo las cuales se rige la Institución.

TECNOLÓGICOS: Se refiere a los instrumentos y conocimientos científicos con los que cuentan en la Institución para brindar una mejor atención a los usuarios

SOCIAL HUMANO: Se refiere básicamente a los recursos humanos con los que se cuenta y con los profesionistas que se requieren para cumplir con los objetivos institucionales.¹

Es necesario identificar cada una de las etapas, que intervienen dentro del proceso administrativo dentro de una institución, así como la importancia.

PLANEACIÓN: Etapa que tiene como propósito preveer la visión a todo el equipo de lo que se va hacer, preveer el futuro, decidir por anticipado.

¹ Lic. María Elena Téllez. “Manual de atención individualizada. Manejo de Recursos” Educación continua, UNAM-ENTS. Pag. 10

ORGANIZACIÓN: En ésta etapa, el propósito es construir la base de trabajo con la que se espera cubrir las expectativas. Definir claramente las normas y obligaciones de todo el equipo.

INTEGRACIÓN: El propósito de esta etapa es el de reunir armónicamente los recursos Institucionales, la comunicación es un aspecto importante en la fase de integración.

DIRECCIÓN: El propósito en ésta etapa es el de mantener el orden Institucional y hacer cumplir las tareas, mediante el ejercicio de la autoridad.

CONTROL: Esta etapa tiene como propósito medir los logros mediante el establecimiento de parámetros o indicadores, con la finalidad de corregir los problemas que se presenten.²

Los principales problemas detectados dentro de la Institución, son los siguientes:

A).- PLANEACION: No se cuenta, con programas de trabajo en las diversas áreas que intervienen dentro de la Institución.

B).- ORGANIZACIÓN: Las diversas áreas, no cuentan con una definición clara, acerca de sus funciones, sus objetivos y metas. Asimismo no cuenta con manuales de organización que definan responsabilidades y no propicien la duplicidad de tareas.

C).- INTEGRACIÓN: La falta de comunicación entre una y otra área, genera obstáculos para transmitir ideas, propuestas e inquietudes.

6.1.1. PROPUESTAS, CON RESPECTO AL ÁMBITO INSTITUCIONAL

- Es necesario contar con una estructura organizada “Manual de Procedimientos”, que contemple en cada área de trabajo, sus funciones, objetivos, metas e interacciones con otras áreas. Para lo cual cada área debe definir sus funciones, objetivos y metas a fin de consolidar la elaboración del manual.
- Elaborar un organigrama que represente la Organización Institucional, así como los niveles de mando en las diversas áreas que integran la Institución.
- Implementar en cada área programas de trabajo; que den a las mismas dirección con metas y objetivos claros, que realmente correspondan al perfil profesional y a las necesidades de la Institución.
- Impartir cursos de capacitación y actualización, de acuerdo a las necesidades de la Institución, así como implementar programas de estímulo para motivar al personal que colabora con la Institución, hacerlos sentir que su esfuerzo, dedicación y profesionalismo es muy importante para el funcionamiento de la misma.

² Idem. Pag. 13-15

- Diseñar mecanismos de supervisión y evaluación, que permitan medir las tareas realizadas y los resultados esperados.
- Elaborar un manual de inducción, para que el personal que se integre a la Institución, reciba una capacitación adecuada y contemple los siguientes aspectos:
 - Carta de bienvenida.
 - La misión, objetivos y metas de la Institución.
 - Antecedentes de la Institución.
 - Organigrama, donde se identifique, su lugar dentro de la Institución.
- Elaborar un directorio de Instituciones, ya que representa un instrumento de trabajo que contemplen datos actualizados, servicios que prestan, requisitos para recibir los servicios, así como buscar nuevos convenios que permitan canalizar a los usuarios, cuando requieran otro tipo de atención que no se pueda proporcionar en la OSE.

Estas son algunas Instituciones, con las que frecuentemente se requiere el apoyo.

- Atención Médica de tercer nivel (Instituto de Psiquiatría, Nutrición, Cardiología, Neumología).
- Hospitales del Sector Salud Públicos (GEA González y Hospital General).
- Hospitales Privados (Hospital ABC, Mocel, Torre Médica, Ángeles de las Lomas).
- Casa Azul (Atención e internamiento de pacientes psiquiátricos).
- Fundación Menorah (Atención a víctimas de violencia intra familiar).
- UMBRAL (Atención a pacientes con problemas de adicción)
- Casas de reposo, para personas de la tercera edad, entre otras.

6.2. CON RELACIÓN A LOS USUARIOS

Los principales problemas detectados, en cuanto a los usuarios:

A).- Algunas veces, los usuarios no cumplen con el perfil del paciente, para lo cual fue constituida la Institución.

B).- El ingreso del usuario a la Institución, ya que son las Comunidades a las que pertenecen, el primer filtro para evaluar la situación socio- económica, del paciente y no cuentan con profesionistas capacitados, si no que son personas empíricas las que realizan funciones de Trabajo Social “Damas voluntarias”, quienes determinan el tipo de ayuda que se dará al usuario. Se desconoce cuáles son los criterios de evaluación para determinar a quién se le otorga el servicio y qué instrumentos y técnicas utilizan.

C).- Inconformidad por algunos médicos, que trabajan altruistamente con la Institución, quienes han detectado algunos pacientes, con situación económica favorable, para poder

cubrir sus consultas y tratamientos, ya que los médicos en su mayoría también pertenecen a la comunidad Judía y frecuentan los mismos lugares.

6.2.1. PROPUESTAS CON RELACION A LOS USUARIOS

- Es necesario no perder de vista el objetivo de la Institución y el tipo de usuarios, para lo cual fue constituida la misma. “Limitantes o carentes de recursos económicos, así como de servicios de asistencia médica, dando prioridad aquellos pacientes principalmente mayores de edad y en etapa ya no productiva.
- Es necesario, conformar un comité integrado por el área de trabajo social, los representantes de comunidad y Gerencia operativa , para analizar el ingreso de los pacientes, que realmente los recursos con que se cuenta sean beneficiados los usuarios que realmente tengan necesidad y sean aprovechados al máximo, sin desviar la misión de la Institución.
- Realizar reuniones periódicas, para evaluar los problemas que se presentan con los usuarios que acuden a la Institución, así como con los pacientes hospitalizados, ya que es Trabajo Social quien tiene más contacto directo con pacientes.
- Sensibilizar a los usuarios, que la Institución es una beneficencia, en la que cada día es más difícil obtener donativos y que es necesario que contribuyan con sus cuotas de recuperación, ya que la mayoría no va al corriente y algunos no pagan su cuota, lo cual afecta ya que cada día son más los usuarios los que ingresan y ya no alcanzan los recursos de la Institución para brindarles lo que requieren.
- Se requiere contar con una base de datos de los usuarios, que nos permitan constantemente actualizar los datos , realizar altas y bajas, un control por comunidad, quienes tienen cuota de recuperación y lo mas importante si cuenta con algún servicio de salud (seguro de gastos médicos, IMSS, ISSSTE, Nutrición, Cardiología, etc. Ya que en un momento que se presente una emergencia y no se pueda atender en la OSE, saber a dónde canalizar al paciente.
- ❖ Elaborar un reglamento interno para usuarios, acerca de las políticas y los servicios que presta la Institución con respecto a:
 - Horario de solicitud de pedidos y entrega de medicamentos.
 - Tipo de emergencias que se atienden en la clínica.
 - Horarios de visita a pacientes internados y prohibiciones (niños, alimentos, etc.).
 - Requisitos para afiliarse a la OSE y servicios que brinda la Institución.
- ❖ Realizar un directorio de usuarios mas frecuentes y en control médico, que contemple los siguientes aspectos:

- Datos generales.
- Problemas de salud que presentan (Enfermedades).
- Médicos tratantes.
- Medicamentos que requieren.

Con la finalidad de identificar a cada usuario y poder realizar programas de prevención, en cuanto a los problemas de salud que se presentan más frecuente y teniendo conocimiento de sus tratamientos en coordinación con farmacia, podríamos seleccionar el medicamento que nos llega de donación y así poder bajar costos en tratamientos, que es uno de los gastos más representativos en la Institución, así mismo están en continua comunicación con sus médicos para verificar si acuden a control.

6.3. CON RELACION AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

Los principales problemas detectados, en cuanto al área de Trabajo Social:

A).- No se cuenta con un manual de procedimientos del área de Trabajo Social, donde se contemplen funciones y actividades propias del perfil profesional.

B).-De acuerdo a la propuesta de funciones y actividades dentro del ámbito de salud , no se llevan a cabo todas las funciones propias de Trabajo Social, ya que muchas veces se realizan actividades administrativas que no corresponden al perfil.

C).- Algunas actividades que son propias del perfil profesional, son desempeñadas por personal empírico, como lo es el caso de ingreso de pacientes siendo las comunidades a las que pertenecen quienes evalúan como primer filtro, que servicio se otorga al usuario que ingresa a la “OSE”.

A través de sus Comités de Ayuda integrado por personas voluntarias, se desconoce que instrumentos y técnicas utilizan para evaluar la situación socio- económica de cada usuario.

D).- Una de las diversas actividades del área de Trabajo Social es el control de los medicamentos que se otorgan a los usuarios que requieren para control de sus enfermedades, en su mayoría crónicas y degenerativas y que son administradas por tiempo indeterminado, ésta es una actividad que no corresponde al perfil y el tiempo que se dedica a todo el proceso desde la elaboración de las recetas, la autorización de sus medicamentos, solicitar sus medicamentos con los proveedores, la revisión de facturas de medicamentos, folear recetas y embolsar medicamentos para finalmente entregar al usuario sus medicamentos y firma de entrega en receta foleado, la cual deberá ser entregada a contabilidad para su costeo. Todo esto implica diariamente varias horas de la jornada laboral, lo cual no permite que se realicen otras actividades propias del perfil profesional.

6.3.1. PROPUESTAS CON RELACION AL AREA DE TRABAJO SOCIAL

- Una de las tareas prioritarias, es consolidar un manual de procedimientos que contemple las funciones y actividades que correspondan al perfil profesional del Lic. en trabajo social.

- Se requiere contar con una persona que se encargue de los medicamentos, así como todo el proceso mencionado anteriormente, ya que a Trabajo Social únicamente le corresponde valorar el otorgamiento de los mismos, a partir de la situación socio-económica del usuario y gestionar la autorización.
- Llevar a cabo programas y proyectos, que satisfagan las necesidades prioritarias de salud de los usuarios.
- Realizar investigaciones para detectar factores socio-económicos que intervienen en los problemas de salud del usuario, apego a los tratamientos, así como investigaciones para evaluar la calidad de los servicios.
- Actualizarnos profesionalmente, en cuanto a las necesidades que demanda la Institución y los usuarios, ya que de ésta manera podremos lograr el reconocimiento de la profesión.
- Explotar al máximo nuestras habilidades y aptitudes, para llevar a cabo todas las funciones propias la formación profesional (investigar, planear, organizar, coordinar, gestionar, educar, etc).
- Implementar una metodología propia de Trabajo Social de intervención en nuestro desempeño laboral, para lo cual dentro de las diversas metodologías que se revisaron, considero que es la Metodología de Atención Individualizada que propone la Mtra. Laura Ortega la que más se apega a mi quehacer profesional. esta manera podremos lograr el reconocimiento de la profesión.
- Explotar al máximo nuestras habilidades y aptitudes, para llevar a cabo todas las funciones para las que fui capacitada, durante la formación profesional (investigar, planear, organizar, coordinar, gestor, educador, etc).

CONCLUSIONES

La Asistencia Social, ha sido a lo largo de la historia de nuestro país, una forma de intervenir, de proteger y ayudar a los más necesitados y ante la carencia de Instituciones Públicas que dieran respuesta a todas las necesidades, surgen las Instituciones de Asistencia Privada, para dar atención aquellos grupos mas vulnerables de la sociedad, que no cuentan con atención por parte de las Instituciones de gobierno, aún cuando la Asistencia Social, se ha caracterizado con un enfoque existencialista, un concepto obsoleto, cada día el Trabajador Social, busca dar una concepción más científica que permita un respeto a la dignidad y a los derechos humanos.

Dentro de estas Instituciones de Asistencia Privada, el Trabajador Social desempeña una función importante, ya que interviene como vínculo de enlace entre las necesidades que presentan los usuarios y los recursos con los que cuenta la Institución, para aminorar y/o resolver sus problemas. Por lo que el Lic. en trabajo social, debe ser un profesional con una formación teórica, habilidades y actitudes que le proporcionen una visión integral de la realidad, elaborar propuestas metodológicas, de planeación e intervención para la atención de los problemas sociales, en el ámbito profesional donde se desenvuelva, por medio de acciones encaminadas a la participación de los sujetos en la búsqueda de alternativas al problema que presente.

A partir de la sistematización de ésta experiencia, dentro de la Institución, en la cual me he desempeñado profesionalmente durante 4 años, al momento de culminar éste trabajo, me ha permitido reflexionar acerca de las limitantes y obstáculos para llevar a cabo todas las funciones y actividades propias del perfil profesional como son:

El desconocimiento del perfil profesional del Trabajador Social, por parte del demás personal que labora en la Institución, ha delimitado las tareas y muchas veces responsabilizando al área de Trabajo Social de actividades administrativas que no corresponden a la profesión.

Es necesario actualizarnos día a día ya que no basta los conocimientos aprendidos dentro del aula durante nuestra formación profesional. Dentro de la experiencia diaria, se presentan retos y limitaciones, para hacer frente o dar respuesta a los problemas que aquejan al usuario a diario ya que siempre el paciente espera que uno como Trabajador Social, pueda solucionar o aminorar sus problemas.

En cuanto a la Institución, es necesario, no perder de vista el objetivo y misión para lo cual fue constituida, ya que algunas veces los usuarios que ingresan a la Institución no cumplen con el perfil del paciente y en consecuencia, esto origina que los recursos con los que cuenta la Institución, no se destinen a la población que realmente tenga la necesidad de atención médica y tratamiento médico.

El ingreso de pacientes a la Institución, debe ser evaluado por Trabajo Social ya que es el profesionalista que cuenta con la experiencia, técnicas e instrumentos, para evaluar la situación socio- económica de cada uno de los usuarios, para lo cual es necesario contar con otro personal del área de Trabajo Social para realizar trabajo de campo, como son las visitas domiciliarias que permitan evaluar y verificar la información proporcionada por el usuario en la entrevista y el estudio socio-económico, con la finalidad de elaborar

un diagnóstico social, que se apegue a la realidad del usuario y de esta manera fijar cuotas de recuperación de servicios ,fijando a cada uno una categoría de pago.

Sensibilizar al usuario y hacerlo partícipe de la importancia de recuperación de gastos, ya que muchas veces el proporcionarles el servicio se convierte en una obligación de la institución de proveer la atención medica y tratamiento que requiere.

También es importante concluir, que no basta con el desempeño dentro de nuestro quehacer profesional, si no nos damos el tiempo de sistematizar nuestras experiencias, para construir nuevos conocimientos y metodologías, que nos permitan brindar una mejor atención . Esta debe ser tarea de todo Trabajador Social comprometido con la profesión y con su ámbito de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Ander Egg Ezequiel. “Metodología del trabajo social” Ed. El ateneo. Barcelona España. 1982
- ❖ Ander Egg Ezequiel. “Introducción a las técnicas de investigación social”. Ed. Humanitas Buenos Aires. 1975
- ❖ Ander Egg Ezequiel. “Diccionario de trabajo social” Ed humanitas 1980.
- ❖ Camacho González Lizbeth. “Modelo de intervención individualizada”UNAM-ENTS. México 1998.
- ❖ Castellanos María. “Manual de trabajo social”. Ed la prensa médica Mexicana México D.F 2004.
- ❖ Cosió Villegas Daniel. “Historia mínima de México”. Ed. El colegio de México, centro de estudios históricos, 2da edición 2002.
- ❖ Evangelista, Eli. “Historia del trabajo social, en México”. Ed. ENTS. México D.F 1998.
- ❖ Gaceta oficial del D.F. “Ley de instituciones de asistencia privada para el D.F. Diciembre 1998.
- ❖ Fuente Alcalá, Mario Luis. “La asistencia social en México historia y perspectiva” Ed milenio de México D.F. 2000
- ❖ Junta de Asistencia Privada del D.F. “La Asistencia Privada en México”. Ed. Marca del Agua S DE R.L De C.V México D.F 2004
- ❖ Propuesta para un modelo social, para el D.F, Secretaría de Desarrollo social del D.F 1998.
- ❖ Tema editorial “Algo sobre la junta” Revista de la JAP (Junta de Asistencia Privada) N0 9 año 2005
- ❖ M. Baraquín y colaboradores, “Socio médica, salud pública y medicina social” UNAM- Facultad de medicina. 2da. Edición 1990
- ❖ Lázaro Jiménez Elia. Revista de trabajo social N0 48 Ed. ENTS- UNAM.1992
- ❖ Margarita Terán Trillo, “Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud”. Ed. ENTS- UNAM México D.F 1989

- ❖ Ortega Laura. “Manual de diplomado en atención individualizada. Primera promoción. Centro de educación continua, ENTS-UNAM. México D.F 2003
- ❖ Patronato nacional de promociones de voluntario. “La acción voluntaria en el contexto histórico de la asistencia en México”. Ed. Gustavo Casasola México 1994.
- ❖ Sánchez Rosado Manuel. “Manual de trabajo social”. Ed. Plaza y Valdez México D.F 1974
- ❖ Scarón de Quintero María Teresa. “El diagnóstico social” Ed. Humanitas Buenos Aires 1977
- ❖ Valero Chávez Aida. “El trabajo social en México, desarrollo y perspectiva” Ed. ENTS- UNAM. México 1994.