

01521
35



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**SISTEMATIZACION DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS
DONACIONES DE APARATOS DE REHABILITACION EN LA ADMINISTRACION DEL
PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA DE ENERO DE 1998 A DICIEMBRE
DEL 2000.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA LA C. LLINNY GARCIA GONZALEZ**

DIRECTOR DEL TRABAJO LIC. MARIA ELENA TELLEZ

MEXICO D. F. 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mi respeto y admiración a la Universidad Nacional Autónoma de México a la Escuela Nacional de Trabajo Social, a los maestros que se dieron tiempo para revisar este trabajo.

**Maestra María de los Angeles Vázquez
Maestro José Luis Luna
Licenciada Silvia Galeana
Licenciado Francisco Calzada**

Y muy en especial a mi Director de Tesis Licenciada María Elena Tellez.

B

A mis padres les agradezco me hallan enseñado, que aún en la adversidad total las personas podemos dar lo mejor de cada uno y salir adelante. Los amo profundamente.

A mis hijos Israel y Paola quiero enteraros que ustedes son el motor principal de mi vida, todo lo que soy es motivado por el profundo amor que les tengo. Ángel mi pareja por 20 años, cuantas cosas buenas y malas hemos sorteado juntos siempre con la intención de brindarte a nuestros hijos un mejor futuro. Agradezco tu compañía.

A mis 6 hermanos, Jesús, José, Guadalupe, Hilda, María Eugenia y Francisca, agradezco su apego, solidaridad, tolerancia, pero sobre todo su amor al aceptarme con todos mis defectos, se que puedo contar con ustedes y por supuesto ustedes conmigo.

C

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO 1. ELEMENTOS GENERALES DE LA DISCAPACIDAD EN MEXICO.		4
1.1	Ubicación contextual del problema de objeto de intervención.	5
1.2	Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.	7
1.3	Secretaría de Salud.	8
1.4	Identificación del ámbito de trabajo.	9
1.5	Que es la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.	10
1.5.1	Misión.	11
1.5.2.	Objetivos generales.	11
1.5.3	Antecedentes Históricos.	12
1.5.4	Marco Legal.	14
1.6	Características Generales del Programa de Trabajo.	15
1.7	Programas del Patrimonio de la Beneficencia Pública.	16
1.7.1	Políticas y normas de operación del manual de procedimientos.	17
1.8	A quien brinda apoyo la Beneficencia Pública.	20
 CAPITULO 2. MARCO TEORICO REFERENCIAL		 21
2.1	El Trabajador Social en el área de la salud.	21
2.2	Programa Nacional de Salud.	23
2.3	Salud para discapacitados.	24
2.4	Programas para discapacitados.	26
 CAPITULO 3. DESARROLLO DEL PROYECTO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.		 30
3.1	Objetivos y Metas.	30
3.2	Actividades realizadas.	31
3.3	Resultados generales.	32
3.4	Evaluación preliminar.	34
 CAPITULO 4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DE INTERVENCIÓN.		 36
4.1	Conceptualización de la Metodología de Intervención.	36
4.2	Etapas del proceso metodológico.	38
4.3	Métodos y Técnicas.	40
4.4	Evaluación preliminar de la metodología de investigación.	45

D

CAPITULO 5. ANALISIS GLOBAL DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.	47
5.1 Con relación al marco conceptual.	48
5.2 Con relación a la instrumentación y desarrollo del proyecto.	48
5.3 Con relación a la metodología.	49
5.4 Con relación a los efectos sociales del proyecto.	49
CAPITULO 6. PROPUESTA DE INTERVENCION PROFESIONAL.	51
GLOSARIO.	
ANEXOS.	
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION.

La Beneficencia Pública es una Institución creada en el régimen del Presidente Benito Juárez, como consecuencia de las Leyes de Reforma, en ese entonces su objetivo fue cuidar, dirigir y mantener los hospitales y establecimientos de beneficencia que desde la conquista se encontraban en manos de la iglesia.

En 1917 la Beneficencia Pública establece la ayuda a necesitados como objetivo primordial. En la actualidad la Beneficencia Pública es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, su misión principal es apoyar a la población carente de seguridad social que se encuentre en incapacidad temporal o permanente y requiera de una ayuda funcional para su rehabilitación, esto con la finalidad de que los pacientes con discapacidad temporal o permanente, puedan mejorar su calidad de vida.

Un discapacitado es aquella persona que tiene una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia que se manifiesta en la vida cotidiana, no puede hacer algunas cosas de la misma forma que los demás. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, en México el 2.3% de la población; el cual equivale a 2'300,000 de mexicanos sufren de alguna discapacidad severa, de estos la mayoría no cuentan con recursos suficientes para adquirir una rehabilitación integral.

El problema de la discapacidad en México requiere de la participación de toda la sociedad representada por organismos e instituciones de los sectores público

social y privado, para lograr que las personas que la padecen se integren a la vida nacional.

En este contexto resulta necesaria la generación de programas principalmente por parte del Sector Salud, que establezcan acciones a corto, mediano y largo plazo, tendientes a la promoción de la mejora en la salud y la calidad de vida para este grupo social.

Por lo anterior la Beneficencia Pública tiene una participación fundamental dentro de la Secretaría de Salud, ya que es el principal donador de aparatos de rehabilitación a la red de institutos y hospitales que pertenecen a esta Secretaría.

En el período 1998 al 2000, se recibieron 11925 solicitudes de apoyo de las cuales se atendieron 9,636 y se entregaron 13003 subsidios ya que algunas personas recibieron dos apoyos, por ejemplo los niños con discapacidad auditiva se les entregó dos aparatos auditivos, esto permitió su ingreso a las escuelas de educación especial. Para otros pacientes fue el término de su incapacidad, ya que durante años estuvieron en silla de ruedas por no contar con su prótesis quirúrgica de cadera o de rodilla. Sin embargo los casos más representativos son los de esta sistematización y fueron los pacientes a quien se les donó los concentradores de oxígeno. Pues se comprobó que los pacientes lograron avances médicos, familiares y sociales satisfactorios.

Como ya se mencionó la presente sistematización toma como muestra la donación de 81 concentradores de oxígeno entregados entre 1998 y el año 2000, muchos fueron los beneficios para los pacientes, pero sin duda el mejor fue que lograron integrarse a su contexto social.

Uno de los objetivos principales de esta sistematización es rescatar toda la práctica y la experiencia profesional con la finalidad de mejorar las políticas y el servicio en la institución.

CAPITULO 1

ELEMENTOS GENERALES DE LA DISCAPACIDAD EN MEXICO.

La discapacidad según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible".

La discapacidad es un problema que afecta a una gran parte de la población mundial y su magnitud se acrecenta por sus repercusiones en la familia y en la sociedad, con franco deterioro en la calidad de vida, un incremento en los costos de atención médica y una sobrecarga económica social. El 2.3% de la población mexicana presenta algún grado de discapacidad o un impedimento que requiere de revisión periódica, estamos hablando de por lo menos 2.3 millones de personas con discapacidad. Por otro lado se estima, una prevalencia de 10 millones de personas con discapacidad en el ámbito mundial, de estos existen más de 2,000,000, de niñas y de niños con discapacidad en edad escolar.

"Aunque no se dispone de información precisa sobre la incidencia de la discapacidad, se calcula que cada año se presentan, entre otras condiciones, 125,000 casos nuevos de discapacidad como consecuencia de fracturas graves, 67,000 por malformaciones congénitas, 43,000 por consecuencia de enfermedades vasculó cerebrales, 20,000 por secuelas de trauma craneoencefálico, 12,000 por parálisis cerebral infantil y 2,400 por sordera

congénita, lo cual representa alrededor de 267,000 casos nuevos de discapacidad solo por estas condiciones.”¹

1.1 UBICACION CONTEXTUAL DEL PROBLEMA DE OBJETO DE INTERVENCIÓN.

La discapacidad es un grave problema de Salud Pública que se incrementa progresivamente en los países desarrollados.

Los avances extraordinarios de la medicina han permitido cambios significativos en la sociedad: erradicación de diferentes enfermedades como la viruela y la poliomielitis; disminución de la mortalidad general y en especial de la infantil e incremento de la esperanza de vida. Asimismo, ha ido permitiendo el tratamiento de diversas enfermedades agudas y el control e incremento de las enfermedades crónicas. Todo esto ha producido un cambio epidemiológico, dentro del cual se encuentra el aumento de las condiciones discapacitantes.

Por lo anterior, la discapacidad se ha constituido en un problema de Salud Pública y social de magnitud mundial. En la medida en que los recursos de la medicina moderna avanzan y se ponen a disposición de un mayor número de personas, mediante las estrategias implementadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los gobiernos de los distintos países, que incluyen la extensión de la cobertura y la atención primaria de la salud, progresivamente se continuarán reduciendo las tasas de mortalidad y se incrementará la esperanza de vida, con un aumento proporcional de personas que sufren deficiencias orgánicas, limitaciones funcionales y discapacidad. Para el año 2050 se estima que la población total en

¹ Presidencia de la República/ Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, Talleres Gráficos.

la República Mexicana será de 145 millones y la población con discapacidad de 22 millones.

"La discapacidad tiene serias consecuencias, afectando no sólo a quienes las sufren por falta de oportunidades para su integración, sino también a la familia y a la sociedad en general. La discapacidad genera una pérdida económica anual de 75 mil millones de pesos por la improductividad de las personas con discapacidad".²

Si la población que sufre algún tipo de discapacidad no es atendida adecuadamente, se generan desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, así como la mendicidad.

Anteriormente, el gobierno mexicano no le daba la importancia debida al problema de discapacidad, ahora dentro del PLAN NACIONAL DE DESARROLLO se incluye a los discapacitados como un grupo social vulnerable, cabe mencionar que esto inicia desde en año 2000, período de transición presidencial, cuando los ciudadanos a través de diferentes encuestas expresan su visión acerca de los problemas del país.

A continuación se describe la forma en que el PLAN NACIONAL DE DESARROLLO incluye apoyar a los discapacitados y a sus familias.

² Presidencia de la Republica. *Ibidem*.

1.2 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2001-2006.

EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, en sus políticas sociales, considera como prioridad la atención de las necesidades de los individuos y familias que se encuentran en condiciones de mayor desventaja y que resultan más vulnerables en el proceso de desarrollo, como los indígenas, los migrantes, las mujeres, los adultos mayores y los niños.

"Asimismo, reconoce que las personas con algún tipo de discapacidad, de la comunicación humana, física, o mental, constituyen otro grupo con necesidades especiales en el país. Se trata de 2.3 millones de personas que carecen de los medios físicos adecuados a sus necesidades para ingresar a escuelas o laborar en oficinas, fábricas o dependencias gubernamentales, así como de apoyos para adquirir equipos o aparatos para atender sus necesidades específicas, que enfrentan situaciones de discriminación, y falta de oportunidades para su desarrollo educativo, laboral, cultural y deportivo, entre otras".³

"Señala, que con el fin de reducir las desigualdades que más afectan a la población, los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados a estimular la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables - los indígenas, los niños, ancianos y las personas con discapacidad".⁴

^{3,4} Presidencia de la Republica. Ibidem.

Para la atención de este último grupo social el Gobierno de la República ha creado:

- La Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social de Personas con Discapacidad.
- El Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad.

Por otro lado la Secretaría de Salud es parte fundamental de estos programas pues en su mayoría, son aplicados en sus instituciones.

1.3 SECRETARIA DE SALUD.

La Secretaría de Salud, como miembro del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad, incluye en el marco del Programa Nacional de Salud 2001 - 2006, el "Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades".

"El Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad, tiene la misión de generar, reorientar y ampliar las políticas públicas en materia de discapacidad, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y la participación de la sociedad civil, logrando así la integración social de las personas con discapacidad".⁵

⁵ Presidencia de la República *Ibidem*.

En este contexto resulta necesaria la generación de programas por parte del sector salud, que establezcan acciones a corto y largo plazo tendientes a la promoción de la mejora en la salud y la calidad de vida para este grupo social.

La Secretaría de Salud también cuenta con instituciones que se encargan de apoyar a las personas con discapacidad, una de ellas es la BENEFICENCIA PÚBLICA, la cual dentro de sus programas más importantes tiene la donación de aparatos de rehabilitación para personas de bajos recursos económicos.

1.4 IDENTIFICACION DEL AMBITO DE TRABAJO.

La Secretaría de Salud cuenta con cuatro subsecretarías y tres coordinaciones generales:

- Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.
- Coordinación General de Planeación Estratégica.
- Comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad.
- Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.
- Subsecretaría de Relaciones Institucionales.
- Subsecretaría de Administración y Finanzas.

Dentro de esta última Subsecretaría se encuentran seis Direcciones Generales:

- Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
- Dirección General de Teología de la Información.
- Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.

- Dirección General de Recursos Humanos.
- Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física.
- **Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.**

1.5 QUE ES LA ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública es un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud que tiene la facultad de administrar los bienes y recursos que recibe la Beneficencia Pública, por concepto de donaciones, herencias, legados, así como recursos presupuestales de la recaudación fiscal federal para atender las necesidades más urgentes de las clases desprotegidas, por medio de apoyos para mejorar la salud. En el organigrama de la Secretaría de Salud es parte de la Subsecretaría de Administración y Finanzas.

Su labor la realiza por medio de donaciones de recursos o en especie a las personas que son atendidas en los hospitales e Institutos de la Secretaría de Salud en el ámbito nacional, y a organizaciones de la Sociedad Civil que prestan servicio a los más necesitados sin intenciones de lucro, a proyectos de investigación en el campo de la salud y para el fortalecimiento de la infraestructura física de hospitales, laboratorios y unidades médicas de la Secretaría de Salud.

Anexo 1 Directorio de la Beneficencia Pública.

Anexo 2 Organigrama de la Beneficencia Pública.

1. 5. 1 MISION.

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública busca apoyar a la población carente de seguridad social que se encuentre en incapacidad temporal o permanente y requiera de una ayuda funcional para su rehabilitación y así poder incorporarse a su vida familiar, labora y social.

Promueve e interactúa con organizaciones comprometidas con la asistencia y la salud poniendo especial énfasis en los grupos vulnerables, procurando un valor agregado a través de la profesionalización de organizaciones de la sociedad civil. Para que juntamente gobierno, sociedad e iniciativa privada seamos cada vez más concientes, participativos y eficaces para la atención de los problemas sociales.

1.5.2 OBJETIVOS GENERALES.

Otorgar apoyo a las solicitudes de personas físicas de escasos recursos que soliciten aparatos para su rehabilitación.

Obtener el máximo aprovechamiento de los inmuebles de la Beneficencia Pública.

Apoyar más a las organizaciones de la sociedad civil en el campo asistencial y la atención a grupos vulnerables. Ya que estas se dedican a problemas de salud que no se podrían atender sin la infraestructura adecuada para estos casos.

1.5.3 ANTECEDENTES HISTORICOS.

La Beneficencia Pública fue creada en el régimen del Presidente Benito Juárez, como consecuencia de las Leyes de Reforma, específicamente con la Ley de Desamortización de los Bienes Eclesiásticos de 1856 y el Decreto de Secularización de Hospitales y Establecimientos de la Beneficencia Pública en 1861.

Con esos memorables actos, el Gobierno de la República asumió las facultades de cuidar, dirigir y mantener los hospitales y establecimientos de beneficencia que desde la conquista se encontraban en manos de la iglesia, encomendó su administración a la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública, la que se constituyó por decreto el 2 de marzo de 1861.

Actualmente el más importante fundamento jurídico de la Beneficencia Pública se encuentra en la Constitución de 1917, cuyo Artículo 27, fracción III, establece la ayuda a necesitados como objeto de la Institución.

El Código Civil vigente desde 1932, en su Artículo 1602, 1636 y 1637, concede a la Beneficencia Pública facultades específicas para recibir, en ausencia de los herederos, bienes y recursos para destinarlos a los fines propios de la institución.

El acuerdo presidencial del 26 de marzo de 1947, publicado en el diario oficial el 7 de mayo del mismo año, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia recibe la facultad para administrar el Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Se ratifica dicha facultad en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de 1976 y en todas sus modificaciones posteriores.

Mismo que ratifica el primer reglamento interno de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de 1973 e igualmente los sucesivos reglamentos internos de 1977, 1978, 1981, 1983, 1984, 1985, 1986, 1988, 1997 y 2000, en todos, se ha preservado las disposiciones contenidas en el acuerdo presidencial de 1947, en el sentido de encomendar a una unidad de facultades desconcentradas la administración de los bienes de la Beneficencia Pública, en tanto que estos no pertenecen ni pueden ser beneficios del Estado.

En 1984 la Secretaría de Salud proporciona a la Beneficencia Pública la facultad para administrar el sistema nacional de cuotas de recuperación y dar apoyos financieros a las áreas y unidades de la Secretaría, asimismo en 1985 se le delegan atribuciones para asignar los subsidios que otorga la dependencia a instituciones hospitalarias y administrar el fondo rotatorio de la misma Secretaría.

Posteriormente, en acuerdo girado por la Subsecretaría de Ingresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, le es delegada a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, la atribución para autorizar la manera interna los tabuladores de las Instituciones de Salud de la Secretaría y le autoriza a fijar dichos productos tomando en consideración los costos incurridos en la prestación de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Con el fin de satisfacer mejor las demandas de la población en 1995 el Consejo Nacional de Salud, presidido por el Secretario de Salud, adoptó el acuerdo de promover la creación de las beneficencias públicas estatales.

1.5. 4 MARCO LEGAL.

Artículo 27 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

III. "Las instituciones de beneficencia pública y privada, que tengan por objeto el auxilio de los necesitados, la investigación científica, la difusión de la enseñanza, la ayuda recíproca de los asociados, o cualquier otro objeto lícito. No podrán adquirir más bienes raíces que los indispensables para su objeto, inmediata o directamente destinados a él, con sujeción a lo que determine la ley reglamentaria".

Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal:

III. "Aplicar a la asistencia pública los fondos que le proporcionen la lotería nacional y los pronósticos deportivos para la asistencia pública y administrar el patrimonio de la beneficencia pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar a los programas de servicio de salud".

IV. "Organizar y vigilar instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores".

V. "Administrar los bienes y fondos que el gobierno federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública".

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

El Artículo 43 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud señala: "Las facultades y atribuciones de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública".

1. 6. CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROGRAMA DE TRABAJO.

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, órgano desconcentrado por función de la Secretaría de Salud, tiene la facultad de administrar los bienes que recibe a favor de la Beneficencia Pública, por concepto de donaciones, herencias, legados o cualquier otro título legal, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 37, fracción VI del Registro Interior de la Secretaría de Salud.

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública en cumplimiento de sus objetivos de socorrer a los más necesitados, contribuye a la solución de problemas asistenciales y de salud, presentes en núcleos de población que se encuentren al margen de los beneficios de la seguridad social institucional.

En el campo asistencial colabora con la sociedad civil organizada, que al frente de las instituciones y agrupaciones filantrópicas opera albergues asilos de ancianos, orfanato ríos, casas de cuna, hospitales y centros de atención especializados en problemas de adicciones, cáncer, parálisis de diversos tipos, síndrome de inmunodeficiencia adquirida entre otros.

1.7 PROGRAMAS DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA.

La Beneficencia Pública cuenta con 4 programas asistenciales de los primeros tres sólo se mencionará su objetivo el cuarto será más explícito debido a que es donde el Trabajador Social se desarrolla como profesional.

Programa 1

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACION DE AYUDAS ECONOMICAS A INSTITUCIONES ASISTENCIALES Y HOSPITALARIAS SIN FINES DE LUCRO.

Objetivo: Otorgar ayuda económica a instituciones hospitalarias o asistenciales sin fines de lucro, que permitan coadyuvar a una mejor atención a población desamparada atendida por ellos.

Programa 2

PROCEDIMIENTO PARA INMUEBLES EN COMODATO.

Objetivo: Dar cumplimiento a los trámites administrativos legales que correspondan para dar apoyo a instituciones asistenciales no lucrativas, a través del otorgamiento de inmuebles susceptibles de ser utilizados, contribuyendo con esto a ampliar la cobertura asistencial social.

PROGRAMA 3

PROCEDIMIENTO PARA INMUEBLES EN ARRENDAMIENTO.

Objetivo: Dar cumplimiento a los trámites administrativos legales que correspondan para dar apoyo a personas físicas de escasos recursos que requieran en arrendamiento de un inmueble a bajo costo.

PROGRAMA 4

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACION DE AYUDAS EN ESPECIE A PERSONAS FISICAS.

Objetivo: Otorgar ayudas funcionales a personas físicas de escasos recursos, que permitan su rehabilitación integral o mejore sus condiciones de vida.

1.7.1 POLITICAS Y NORMAS DE OPERACION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.

- Las ayudas en especie se otorgarán, prioritariamente, a población abierta de escasos o nulos recursos económicos, en forma gratuita.

- * Las solicitudes de ayudas en especie se autorizarán, una vez cubiertos los requisitos de documentación para la integración y validación del expediente.
- * El Titular de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, autorizará mediante acuerdo, el otorgamiento de las ayudas en especie con base en el expediente debidamente integrado de los solicitantes y conforme a la disponibilidad de recursos presupuestales.
- * Excepcionalmente, el Director General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, podrá autorizar el otorgamiento de medicamentos, cuyo dictamen médico indique urgencia y pronóstico adecuado para la recuperación del paciente.
- * En caso de extrema urgencia, podrá atenderse la petición, contando únicamente con el dictamen médico, debiendo integrarse a la brevedad, el expediente correspondiente.
- * En todos los casos, las ayudas en especie se entregarán al beneficiario mediante acuse de recibo del bien suministrado.
- * Se podrá cancelar una solicitud de ayudas en especie solamente: por no acudir a recibir el bien en un plazo de 20 días hábiles a partir de la fecha de notificación; a petición del interesado o por fallecimiento de éste, así mismo, por haber proporcionado información falsa, o bien, cuando otra institución o dependencia otorgue dicho apoyo.

- * Habiéndose adquirido el bien, artículo o material y exista una cancelación por los motivos precedentes, podrá transferirse a otra solicitud de las mismas especificaciones técnicas y médicas, debidamente integrada y autorizada en acuerdo por el Titular de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
- * Deberá llevarse un adecuado registro y control de las operaciones de cancelación y transferencia de ayudas.
- * Tratándose de bienes proporcionados en calidad de comodato, el usuario y/o familiares deberán suscribir una carta compromiso obligándose a reintegrarlo al término de su tratamiento o bien, por no requerir más de su uso.
- * Todos los bienes deberán de ser adquiridos conforme a los lineamientos establecidos por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, por conducto de la Coordinación Administrativa.
- * Las excepciones a las presentes políticas y normas serán autorizadas mediante acuerdo con el C. Oficial Mayor o el C. Secretario del Ramo.
- * Las solicitudes de ayuda en especie, deberán presentarse anexando la siguiente documentación:
 - > Dictamen Médico.
 - > Carta de Solicitud.
 - > Fotocopia de identificación del solicitante.
 - > Fotocopia del acta de nacimiento del beneficiario.

- Fotografía del solicitante y del beneficiario.
- Comprobante de ingresos.
- Comprobante de domicilio.
- Oficio de solicitud de la Institución canalizadora; asimismo ya integrada la documentación se presenta para entrevista de estudio socioeconómico.

1. 8. A QUIEN BRINDA APOYO LA BENEFICENCIA PUBLICA.

La Beneficencia Pública brinda apoyos a organizaciones privadas sin fines de lucro de la sociedad civil, las cuales atienden a indigentes, discapacitados, senectos, huérfanos, madres solteras, enfermos terminales, etc., además apoya a personas físicas en estado de desamparo con ayudas funcionales; oxigenadores, sillas de ruedas para Parálisis Cerebral (P.C.I.) Infantil, sillas de ruedas, auxiliares auditivos, válvulas cardíacas, marcapasos, muletas, bastones, andaderas, expansores tisulares, prótesis de miembros inferiores y superiores, concentradores de oxígeno, camas hospitalarias, colchones de agua, entre otras.

Anexo 3 Hoja de requisitos para obtener donaciones.

Anexo 4 Estudio socioeconómico para otorgar ayudas.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

Este ha sido uno de los sectores de mayor y mas antigua intervención del Trabajador Social. Concretamente, en América Latina, en algunos países sigue siendo el que ocupa mayor numero de trabajadores sociales.

El trabajador social en los servicios de salud y atención hospitalaria, sus funciones básicas son de reinserción de enfermos, atención a las problemáticas sociales detectadas en centros sanitarios, además del trabajo preventivo dentro de los programas de atención primaria en el ámbito de la salud pública.

Servicios y programas de salud

- + Atención Primaria
- + Rehabilitación de enfermos crónicos
- + Campañas de educación sanitaria.
- + Salud mental
- + Medicina y salud comunitaria

Dependiendo del tipo de institución en donde se desarrolle el trabajo social en salud, predomina el trabajo mas individualizado (hospitales), grupal (ambulatorio y centros de salud, dispensario, etc.) o comunitario (centros de salud, atención primaria etc.)

En la Beneficencia Publica el trabajador social fundamentalmente es un gestor de recursos (aparatos de rehabilitación) entre el paciente y la institución

El trabajador social en el área de la salud debe conocer el problema medico más importante de los pacientes, pero su mayor preocupación profesional deben ser los factores personales y sociales particularmente los que estén interfiriendo con su enfermedad. En muchas ocasiones debido a la problemática interna del paciente, por ejemplo un disgusto con algún familiar cercano, la deuda del hospital la adquisición de algún aparato o medicamento que este fuera de sus recursos económicos, contribuye a que el paciente no se restablezca del todo, agravando la enfermedad que le impide pasar a la recuperación física y de su recuperación física al restablecimiento de la vida social.

Que importante es la participación del trabajador social en el área de la salud, el cuenta con la metodología necesaria para intervenir a favor de las personas que están bajo su responsabilidad, igual que el medico mucho depende el paciente del trabajador social, para llevar acabo esta labor el trabajador social debe conocer los recursos de la institución donde labora, en este caso del hospital, y de otras instituciones que pueda utilizar a favor de sus pacientes.

En el caso del trabajador social que trabaja con pacientes en rehabilitación además de lo anterior, debe tener nociones fundamentales de orden etiológico y clínico de las enfermedades que más frecuentemente trate, así como las repercusiones de la invalidez sobre el individuo, la familia y la comunidad.

2.2 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD.

El Programa Nacional de Salud es parte del Plan Nacional de Desarrollo en el cual se expresan y justifican las acciones que habrá de desarrollar el Gobierno de la República durante su gestión.

El Programa Nacional de Salud 2001- 2006 es una inversión para un desarrollo con oportunidades y que a medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también.

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

Por otro lado, reconoce que la discapacidad constituye un serio problema emergente de salud pública y establece entre sus líneas de acción, la de fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades, considerando que la atención adecuada y oportuna de las mismas evita desajustes sociales y problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una importante pérdida económica.”¹

¹ Presidencia de la República/ Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, Talleres Gráficos. .

2.3 SALUD PARA DISCAPACITADOS.

Le corresponde al Sector Salud hacer frente al problema de discapacidad mediante las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, ya clásicamente establecidas, pero a las que se incorpora el concepto de "prevención de discapacidad". La prevención primaria se viene desarrollando con el propósito de evitar enfermedades y lesiones, en tanto que la prevención de la discapacidad es un proceso que debe iniciarse a partir de la presentación de la enfermedad, el accidente o el defecto al nacimiento, orientada a evitar o aminorar las deficiencias y limitaciones de la comunicación humana, física y mentales que resulten de estos eventos.

Los servicios de rehabilitación son insuficientes, en relación con las necesidades del país, y no son considerados prioridad presupuestal. La red hospitalaria cuenta con 987 hospitales públicos, de los cuales sólo 152 prestan servicio de rehabilitación. En la Secretaría de Salud de 405 hospitales sólo 19 cuentan con servicio de rehabilitación para personas con discapacidad.

Existe una deficiente calidad en la atención médica para la rehabilitación de las personas con discapacidad. A pesar del desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la atención eficiente y eficaz de las personas con discapacidad ha permanecido sin evolucionar. Actualmente una parte de la sociedad debido a sus raíces culturales de rechazo, de actitudes personales y falta de capacitación, mantienen vigente un trato inadecuado hacia las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad de la comunicación humana, del aparato locomotor y del aprendizaje, requieren de servicios de rehabilitación multidisciplinarios y algunas veces también institucionales, de tal manera que la coordinación entre los servicios de rehabilitación médica con los de asistencia social, educación y trabajo es una condición indispensable para lograr la calidad de la atención. Desafortunadamente esto no sucede, con el consiguiente detrimento de los usuarios.

La falta de criterios para la planeación de los servicios de rehabilitación ha traído como consecuencia la incompetencia para ofrecer tratamientos integrales. Esto se hace más ostensible por el insuficiente equipo médico, ya que el desconocimiento de las necesidades de rehabilitación de las personas con discapacidad, ha dado origen a diseños de poca calidad técnica, con instalaciones precarias e improvisadas, con todos los inconvenientes para prestar servicios eficientes y eficaces.

Se requiere asimismo, la implantación de modelos de administración por calidad total en las instituciones de rehabilitación y la incorporación de una cultura de mejora continua y de estandarización de procesos para mejorar la calidad de desempeño del personal y optimizar el uso de los recursos.

Por lo anterior el Gobierno Federal plantea acciones de salud para discapacitados dentro del Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacitados.

2.4. PROGRAMAS PARA DISCAPACITADOS.

El programa más importante que propone el Gobierno Federal es sin duda el PreveR-Dis, el cual será llevado a cabo por la Secretaría de Salud y donde sus objetivos principales son:

- Atender la discapacidad como problema principal de salud pública.
- Impulsar y fortalecer el desarrollo de los programas de prevención y de atención a la discapacidad, mediante la participación de las instituciones de los tres niveles de gobierno y de la sociedad civil en general.
- Los servicios del Sistema Nacional de Salud realizarán la detección temprana, el registro y notificación de casos al ámbito jurisdiccional (en los tres primeros meses de vida) de 10,000 casos de parálisis cerebral infantil; 1,000 casos de hipotiroidismo congénito; 2,400 de sordera congénita; 5,000 de defectos visuales; 2,600 casos de pie equino varo congénito y 3,000 casos de displasia congénita de cadera, para su atención oportuna y eficaz.
- Atender para su rehabilitación, dentro de las primeras cuatro semanas de la enfermedad o lesión discapacitante a 20,000 casos de traumatismo craneoencefálico, 40,000 casos de enfermedad vascular-cerebral, 120,000 casos de fracturas graves y 2,000 casos de lesiones medulares.

- Promover y realizar la certificación anual de 100 servicios de rehabilitación médica y de 500 técnicos en rehabilitación.
- Gestionar el apoyo financiero a 20,000 personas con discapacidad para la adquisición de 14,000 ayudas visuales, 2,000 prótesis dentales, 1,928 auxiliares auditivos, 500 prótesis larínges y 1,572 prótesis de aparato locomotor.

El gobierno federal tiene como propósito que al terminar la presente administración federal:

- La sociedad civil tendrá información y participará en acciones de prevención de discapacidades, como resultado de una campaña continua de educación para la salud.
- Establecer un servicio de rehabilitación médica hospitalaria por entidad federativa, en cada una de las instituciones del sector salud.
- El 5% de las camas de hospitales estarán destinadas para la rehabilitación de personas con discapacidad.
- Reducir la incidencia de los discapacitados, apoyar la rehabilitación médica de las personas discapacitadas, disminuir sus desventajas, mejorar sus funcionamientos y facilitar su incorporación a la vida social y productiva.

Y dónde se pretende alcanzar las siguientes metas:

- **Instalar la Comisión de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades en el marco del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad.**
- **Concensar para poner en marcha y desarrollar el programa de acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis) en todas las entidades federativas.**
- **Crear un Sistema Nacional de Registro de Discapacidades.**
- **Promover la participación del sector salud, de las instituciones académicas, organismos y representaciones de la sociedad civil, en actividades de prevención y rehabilitación de discapacidades mentales, visión, audición, voz, lenguaje, aprendizaje y del aparato locomotor.**
- **Establecer un servicio de Rehabilitación Médica Hospitalaria por cada entidad federativa.**
- **Implementar campañas educativas para la participación de la comunidad en la prevención de discapacidades, con periodicidad semestral de cambios de contenido, de acuerdo a necesidades y al avance del programa en ejecución.**

- **Incorporar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, la notificación de las discapacidades más frecuentes, enfatizando la presentación de las mismas por grupos de edad y según sexo.**
- **De la red de hospitales de tercer nivel del sector salud, 22 del IMSS, 16 de la SSA, 4 del ISSSTE contarán con instalaciones, equipo y personal suficiente, para la rehabilitación de personas con discapacidad.**
- **Se reducirá la consecuencia de discapacidad por secuelas de fracturas severas de 124,656 a 49,862 por malformaciones congénitas de 67,054 a 33,527; por secuelas de enfermedades cerebro-vasculares de 43,142 a 10,785; por secuela de trauma craneoencefálico de 20,241 a 6,720; por parálisis cerebral infantil de 13,200 a 3,300; por mielomeningocele de 2,500 a 625; por secuelas de debilidad visual de 45,000 a 20,000; por secuelas de comunicación humana de 45,900 a 20,000.**

CAPITULO 3

DESARROLLO DEL PROYECTO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.

La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, en cumplimiento de su objetivo de socorrer a los más necesitados, cuenta con diferentes departamentos que pertenecen a la Dirección de Bienes y Desarrollo Social, tal es el caso del Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas que requieren de aparatos para su rehabilitación.

3.1 OBJETIVOS Y METAS

El área de personas físicas tiene como OBJETIVO: Otorgar ayudas funcionales a personas físicas de escasos recursos, que permitan su rehabilitación integral o mejorar sus condiciones de vida, otorgando artículos, materiales y equipo de avanzada tecnología.

METAS: beneficiar en el año 2001 a por lo menos 3600 personas con ayudas funcionales por medio de entrega directa al solicitante.

Personas apoyadas de 1998 / 2000

AÑO	PRESUPUESTO	PERSONAS APOYADAS	NUMERO DE APOYOS
1998	\$46'611,004.00	2,543	3,440
1999	\$59'986,309.00	3,590	4,724
2000	\$35'904,377.00	3,503	4,839

3.2 ACTIVIDADES REALIZADAS

En el Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas, se encuentra ubicado el profesional de Trabajo Social, el área cuenta con tres trabajadoras sociales, dos técnicas y una licenciada, además de siete personas administrativas. Cabe mencionar que las trabajadoras sociales, no tienen código funcional de trabajo social, su código es administrativo, igualmente no existe un programa especial para el área. Sin embargo el Trabajador Social es el profesional adecuado para vincular a la institución y al paciente. Ya que cuenta con la formación profesional para hacerlo.

Entre las actividades básicas que realiza trabajo social están:

- Aplicación de estudio socioeconómico.
- Visitas domiciliarias.
- Seguimiento de casos, por un año aproximadamente según la donación
- Atención al paciente discapacitado y familiares, en cuanto a orientación de servicios.

Las funciones complementarias de trabajo social dentro de la institución son:

- Administrativas:

1.- Revisión de expedientes foráneos.

➤ **Enseñanza:**

1.-Capacitación a trabajo social foráneo.

➤ **Coordinación:**

1. Visita a hospitales e institutos del sector salud.
2. Transferencia de apoyos funcionales.
3. Visita a instituciones apoyadas por la Beneficencia Pública.
4. Canalización de pacientes a diferentes hospitales.

➤ **Asistencia:**

1. -Aplicación de estudio socioeconómico a inquilinos de la Beneficencia Pública.

3. 3. RESULTADOS GENERALES.

La Beneficencia Pública tiene un universo de trabajo con personas de todas las edades, de bajos recursos que requieran el uso de aparatos funcionales para su rehabilitación. Se pretende que cada año sean mayor el número de personas beneficiadas, sin embargo para el año 2000, el número de personas apoyadas fue menor, no así el número de aparatos de rehabilitación entregados, ya que hubo pacientes a quien se les donaron dos aparatos.

Personas atendidas de 1998 / 2000

AÑO	PERSONAS ATENDIDAS	APOYOS ENTREGADOS
1998	2,543	3,440
1999	3,590	4,724
2000	3,503	4,839

El promedio de personas atendidas en los tres años fue de 3,212.

Es importante mencionar que para trabajo social, las cargas de trabajo aumentaron y las metas de atender más personas fueron alcanzadas, ya que las solicitudes de apoyo siguieron llegando con más frecuencia en relación a los dos años anteriores.

Solicitudes recibidas de 1998 al 2000.

AÑO	SOLICITUDES RECIBIDAS	SOLICITUDES ATENDIDAS
1998	3,245	2,543
1999	4,134	3,590
2000	4,546	3,503

Promedio de personas atendidas en los tres años fue de 3,975.

Se hace mención que las solicitudes que no se atendieron en el año 2000, fueron referidas para el año 2001 debido a la falta de presupuesto.

A continuación se anexan relaciones de lo donado en los tres años.

APOYOS OTORGADOS POR LA BENEFICIENCIA PUBLICA A PERSONAS FISICAS

TIPODE APOYO	1998	1999	2000	TOTAL
ADITAMIENTOS PARA DIALISIS		1		1
ANEDERA ORTOPEDICA	69	68	66	203
ANDADERA P.C.I.			3	3
ANDADERA TIPO JUANITO	4	10	9	23
APARATO C/CAMPOS MAGNETICOS				0
APARATO CPAP		1	2	3
APARATO FM SISTEMA SUIZO P/AUX.AUD				0
APARATOS ORTOPÉDICOS	65	88	28	181
ARMAZON IMP. OTOPLASMA		1		1
ASPIRADOR DE SECRECIONES		1	3	4
AUDIO LENTES				0
AUXILIARES AUDITIVOS	1,697	2,182	2,653	6,532
BALON INOVE	16		1	17
BASTONES CANADIENSES	9	25	12	46
BASTON DE 3 Y 4 PUNTOS	1		8	9
BASTON PARA INVIDENTE		1		1
BASTONES ORTOPEDICOS	14	60	43	117
BLOQUES DE BOP				0
BOLSA RECOLECTORA DE ORINA		1		1
BOMBA DE INFUSION			1	1
CAMA HOSPITALARIA C/COLCHON	3	16	16	35
CANULAS				0
CARREOLAS P.C.I.	14	19	37	70
CATETERES	5	5	1	11
CINTURON PELVICO				0
CLAVOS DE SHANTZ				0
COJIN ORTOPEDICO			1	1
COLCHON DE AGUA	2	10	6	18
COLCHON DINAMICO			1	1
COLCHON NEUMATICO	1			1
COLLARIN ORTOPEDICO				0
COMODO			1	1
CONCENTRADOR DE OXIGENO	21	29	31	81
CORSET ORTOPEDICO	6	3	2	11
CUNA MEDIAL		1		1
DILATADOR				0
DISTRACTOR MANDIBULAR	2	1	2	5
DISTRACTOR OSEO		1		1
DONA ORTOPEDICA				0
ECONOMICO ATENCION MEDICA			1	1

33A

TIPO DE APOYO	1998	1999	2000	TOTAL
ECONOMICO GASTOS FUNERARIOS				0
ECONOMICO IMPLANTE COCLEAR	1		3	4
ECONOMICO MANUTENCION	2	1	1	4
ECONOMICO PAGO DE EDUC. ESPECIAL				0
ECONOMICO PAGO DE PASAJES				0
ECONOMICO PARA CIRUGIA			1	1
ECONOMICO PARA CIRUGIA CORNEA	1		1	2
ECONOMICO PARA COMPRA DE PLACA			1	1
ECONOMICO PARA COMPRA DE STENT			1	1
ECONOMICO PARA MAT. DE CIRUGIA			1	1
ECON. PARA TRAT. DE QUIMIOTERAPIA			1	1
ELECTRODO PARA MARCAPASOS			2	2
ELECTROESTIMULADOR	4		1	5
ENDOPROTESIS DE PLAITORRIS			1	1
ENDORTESIS CONICA		2		2
EQUIPO BIPAP		1	1	2
EQUIPO PARA ASTROSCOPIA	2			2
ESPALDERA DE CORRECON	1			1
ESPIRALES COILS				0
ESTABILIZADOR P/BIPEDESTACION		2		2
EXPANSOR TISULAR	6	5	20	31
FAJAS ORTOPEDICAS	4	3	1	8
FERULAS	32	24	15	71
FIJADOR EXTERNO	7	17	9	33
FILTRO DE VENA CAVA		4	2	6
FILTRO GREENFIELD	7	1		8
GENERADOR PARA PULSO ITREL			7	7
GRUA HIDRAULICA PARA ENFERMO	3	1	6	10
HALLO CHALECO C/PINSCEFALICO		1		1
HORMONA PARA CRECIMIENTO			4	4
IMPLANTE DENTAL			1	1
IMPLANTE HIDROXIPATITA			1	1
KIT DE PUNZONES				0
LARINGE ARTIFICIAL		1		1
LENTE CON ARMAZON	1984	464	397	1,055
LENTE INTRAOCULARES Y VISCOELAST	122	247	297	666
MALLA MARLEX		1	1	2
MALLA MERRILENE				0
MAQUINA BI-NIVEL			1	1
MARCAPASOS	31	24	19	64
MATERIAL PARA ANGIOPLASTIA	2	7	3	12
MATERIAL PARA CIRUGIA	2	2		4

33B

TIPO DE APOYO	1998	1999	2000	TOTAL
MATERIAL PARA CIRUGIA CARDIOVASC.	1			1
MATERIAL PARA CIRUGIA MAXILOFACIAL	2	5	6	13
MATERIAL PARA COLUMNA				0
MATERIAL PARA EMBOLIZACION	5	2	2	9
MATERIAL PARA FIJACION	18	27	18	63
MATERIAL PARA VALVULOPLASTIA		6	2	8
MATERIAL QUIRURGICO			1	1
MEDICAMENTOS	14	30	17	61
MICRONEBULIZADOR	2	2		4
MULETAS AXILARES	49	43	29	121
NEBULIZADOR		5	14	19
OXIGENADOR CON EQUIPO	46	37	19	102
PAQUETE DE AUTOTRANSFUSION			1	1
PAQUETE PARA CRANEOPLASTIA				0
PLACA PARA RECONST. MANDIBULAR		1		1
PLANTILLAS ORTOPEDICAS	3	2	9	14
PRENDAS PARA QUEMADURAS	2	10	3	15
PROTESIS AURICULARES		2		2
PROTESIS DE CADERA	75	103	80	258
PROTESIS DE CARBON PUROLITO		1		1
PROTESIS DE CODO		1	3	4
PROTESIS DE HOMBRO			1	1
PROTESIS DE MANO			3	3
PROTESIS DE MIEMBROS INFERIORES	131	188	96	415
PROTESIS DE MIEMBROS SUPERIORES	36	41	23	100
PROTESIS DE RODILLA	73	73	47	193
PROTESIS DE SCHUCKNECHT				0
PROTESIS FEMORAL				0
PROTESIS INTRAVASCULAR CORONARIA	5			5
PROTESIS MAMARIAS		2	11	13
PROTESIS OCULAR	10	3	1	14
PROTESIS PARA TIBIA		1		1
PROTESIS TESTICULAR				0
PROTESIS TIPO SWANSON P/MANO	20	10	8	38
PROTESIS TUMORAL	1	1		2
PROTESIS VASCULAR		1		1
REPAR. Y/O REV. DE CONCEN. OXIGENO	4	17	15	36
REPARACION DE AUXILIAR AUDITIVO		2	1	3
REPARACION DE MIEMBRO INFERIOR		1		1
RODILLERAS MECANICAS	9	3		12
RODS DE SILASTIC	1			1
SET COMPLETO DE MEMOTHER			1	1

330

TIPO DE APOYO	1998	1999	2000	TOTAL
SILLA DE RUEDAS DEPORTIVAS			16	16
SILLA DE RUEDAS SEMIDEPORTIVAS		3		3
SILLA DE RUEDAS	485	638	581	1,704
SILLAS DE RUEDAS P/BANO		8	4	12
SOCKET PARA PROTESIS				0
STENT	10	12		22
TINA DE HIDROMASAJE				0
TUBO VALVULADO	5	2	1	8
VALVULA AHMED			3	3
VALVULA BIOLOGICA	1			1
VALVULA CARDIACA	36	57	32	125
VALVULA TRICUSPIDEA		1		1
VALVULA VENTRICULO PERITONEAL	21	35	43	99
ZAPATOS ORTOPEDICOS	25	16	21	62
TOTAL DE SUBSIDIOS	3,440	4,724	4,839	13,003
TOTAL DE PERSONAS	2,543	3,590	3,503	9,636

3.4. EVALUACION PRELIMINAR.

Como ya se informó, dentro del Departamento de Apoyo a Instituciones y Personas Físicas, se encuentra el área de trabajo social, no existe un programa de trabajo específico del Trabajador Social se sigue el programa del departamento al cual se pertenece. Por lo tanto, es importante diseñar programas especiales que el trabajador social lleve a cabo con la finalidad de que la calidad del servicio en la institución mejore.

Se puede implementar un plan de trabajo que contemple varios programas dentro de la institución que permitan al trabajador social un desarrollo laboral y profesional óptimo, algunos de ellos referentes a:

- Sensibilizar a los padres de la importancia de la donación del bien.
- La importancia de la participación de los padres en la rehabilitación de los hijos.
- Los beneficios que se logran cuando se da utilidad adecuada al bien donado.
- Control y evaluación de casos especiales.
- Relaciones humanas para el trabajador social.

Actualmente no se establecen ninguno de estos programas tampoco se hace seguimiento de los aparatos donados, eventualmente se realizan visitas domiciliarias con el fin de corroborar la situación económica de la familia.

Si se establecen dichos programas los beneficios serían para la institución y para los pacientes obteniendo los siguientes beneficios.

- **La calidad de la atención al público mejoraría considerablemente.**
- **La atención al público se programaría en relación a las necesidades de la población.**
- **Se mejoraría la coordinación con otras áreas.**
- **El tiempo de espera de los pacientes disminuiría.**
- **La rehabilitación de los pacientes sería de mejor calidad.**
- **Se evitaría que cada dos o tres años los pacientes regresen nuevamente por el mismo bien. (Sobre todo en aparatos auditivos).**

CAPITULO 4

ESTRATEGIAS METODOLOGICAS DE INTERVENCION.

4.1. CONCEPTUALIZACION DE LA METODOLOGIA DE INTERVENCION.

El trabajador social debe de contar con los recursos necesarios para abordar, conocer y dar posibles alternativas a la problemática social, médica y familiar, por la que atraviesan los pacientes que día con día atiende. En la Beneficencia Pública, cada año se donan cientos de aparatos para rehabilitación, desafortunadamente no se hace un seguimiento de casos, principalmente por la falta de personal. Para este proyecto se decidió tomar como muestra, las donaciones de concentradores de oxígeno de 1998 al 2000, se escogió este aparato por tener un alto costo \$ 21,500.00 además en su mayoría, los pacientes obtuvieron mejores resultados en su recuperación.

De 1998 al 2000 la Beneficencia Pública, donó 81 concentradores de oxígeno, con esta pequeña muestra se pretende demostrar y dar a conocer la importancia que representa para los pacientes la donación del aparato.

Para lo anterior, es necesario considerar los siguientes conceptos:

Estudio socioeconómico: Natalio Kisnerman, lo define como "el registro de información sobre el solicitante del recurso servicio. Es un medio de investigación que permite caracterizar un perfil socioeconómico y demográfico de la población usuaria de un servicio, detectar los problemas sociales predominantes de una

zona de influencia, utilización de recursos existentes y las necesidades de implementar otros”

Trabajo social de casos: Para Gordon Hamilton, “el estudio social de casos es comprender los problemas de cada individuo en la forma más completa posible, investigación escrupulosa, cuidadosa de un individuo y los problemas que presentan”²

Entrevista: Solicitar información de una persona para obtener datos sobre un problema determinado.

Visita domiciliaria: Es aquella visita que realiza el trabajador social a un hogar tratando de tomar contacto directo con la persona o familiar, en el lugar donde vive, con fines de investigación, tratamiento, ayuda o asesoramiento.

Diagnóstico social: Procedimiento por el cual se sistematizan los datos e información sobre la situación- problema de una determinada realidad, estudiando como se ha llegado ha ella y cuales son las tendencias dinámicas que en ellas se manifiestan.

Todo diagnóstico se apoya en un estudio investigación y sirve de apoyo para la programación. Tiene por finalidad proporcionar una información adecuada y confiable que sirva de base para una acción (realización de un plan, programa o proyecto) y para fundamentar las estrategias que se han de expresar en la práctica concreta.

¹ Kinserman Natalio. Teoría y práctica social. Tomo IV Editorial los Recursos. Buenos Aires, Argentina, 1984

² Hamilton Gordon Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos. Editorial La Prensa Médica. 1951.

4.2. ETAPAS DEL PROCESO METODOLOGICO

En la Beneficencia Pública, se atiende a personas de escasos recursos que requieran aparatos para su rehabilitación, se tomó una muestra de 81 pacientes que necesitan el uso de concentrador de oxígeno, ya que se requiere de un estudio completo para determinar y valorar si es candidato a donación.

Este estudio se basa en una exploración general del individuo a través de la entrevista y por medio de la observación interpretativa de su conducta, posteriormente se trabaja en una segunda etapa descriptiva, de su problema, se elabora un esquema y el análisis consecuente de los factores que intervienen en el diagnóstico aclarativo y por último se hace una tercera etapa, que consiste en un estudio explicativo y predictivo de su problema donde el propio individuo interviene en la solución del mismo, enfatizando en la proyección de su vida futura, es aquí dónde interviene la opinión profesional del Trabajador Social, para asesorar y orientar en la utilización de los recursos individuales, familiares e institucionales

En la muestra de la Beneficencia Pública, se utilizó la metodología de Trabajo Social de casos de Mary Richmond.

Según Mary Richmond. "El Servicio Social de casos individuales es el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consiente e individualmente al hombre a su medio social"³

A continuación se presentan el esquema de Mary Ellen Richmond:

³ Richmond, Mary Ellen. Caso Social Individual, Editorial Humunitas, Buenos Aires Argentina, 1977

MARY RICHMOND

CONTENIDO	PLANTEAMIENTO	ETAPAS O FASES	DESCRIPCIÓN
<p>Se fundamenta en aspectos médicos visuales desde una perspectiva social.</p>	<p>Estudiar al cliente desde un punto de vista médico social. Entendiéndose como cliente al sujeto de estudio.</p>	<p>Estudio investigador</p>	<p>- Conocer al cliente en aspectos médicos, económicos y familiares.</p>
		<p>Diagnóstico</p>	<p>- Analiza la información para dar alternativas de solución y el tratamiento a seguir.</p>
		<p>Tratamiento</p>	<p>- Comprende la forma de trabajo que se llevará a cabo con el cliente.</p>
		<p>Evaluación</p>	<p>- Se obtienen los resultados de todo proceso y se visualizan las fallas, límites y alcances para hacer modificaciones en el mismo.</p>

AUTOR	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
Mary Richmond	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación ▪ Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ficha social individualizada. ▪ Visita domiciliaria.

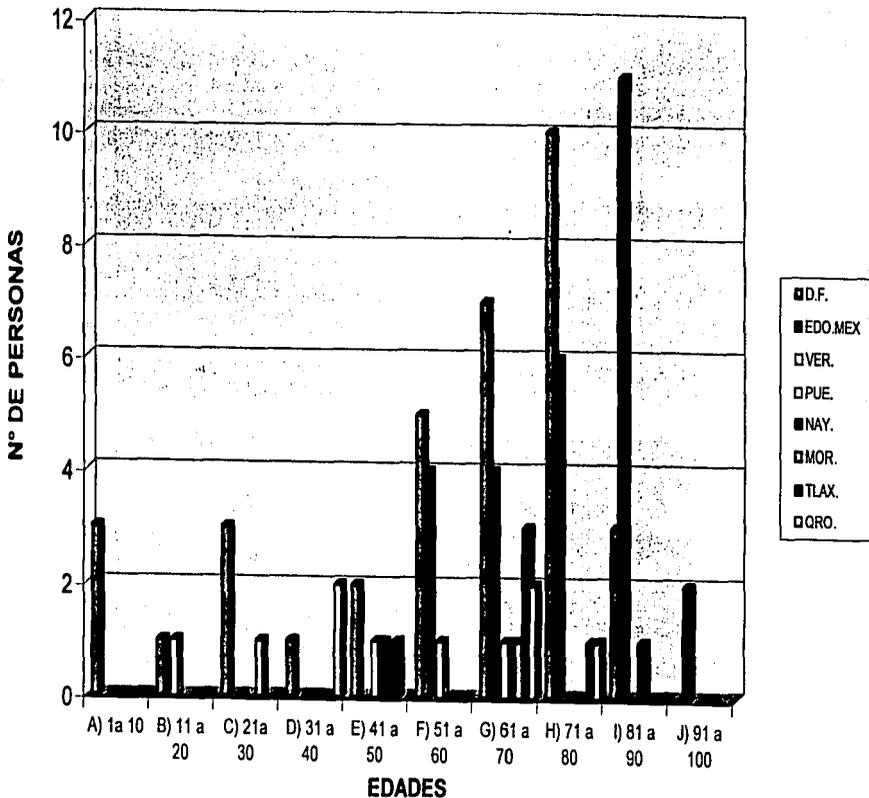
4.3. METODOS Y TECNICAS.

De acuerdo al modelo de Mary Richmond, para la metodología de casos se utilizaron las técnicas de la observación y la entrevista para los 81 pacientes incluidos en el estudio, así como los siguientes instrumentos; la ficha social individualizada, la visita domiciliaria y el estudio socioeconómico.

El estudio fue transversal y retrospectivo e incluyó la donación de los concentradores de oxígeno en el periodo de enero de 1998 a diciembre del 2000. Se realizaron estudios socioeconómicos y visitas domiciliarias a cada uno de los pacientes.

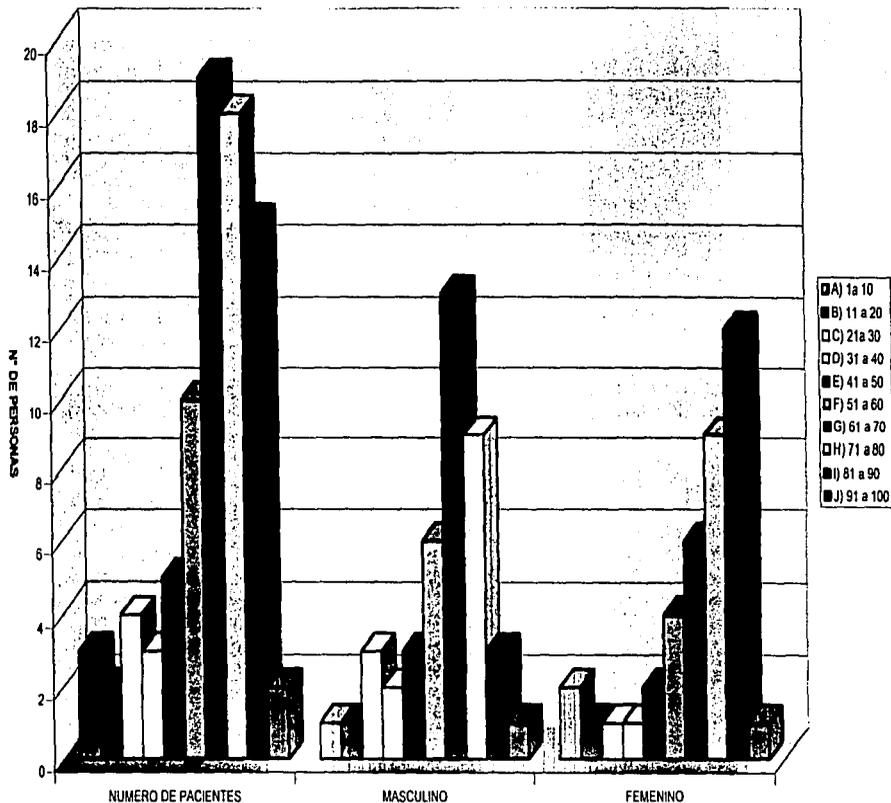
Del seguimiento de los 81 casos, se obtuvieron los resultados siguientes

Nº DE PACIENTES POR EDAD Y ENTIDAD



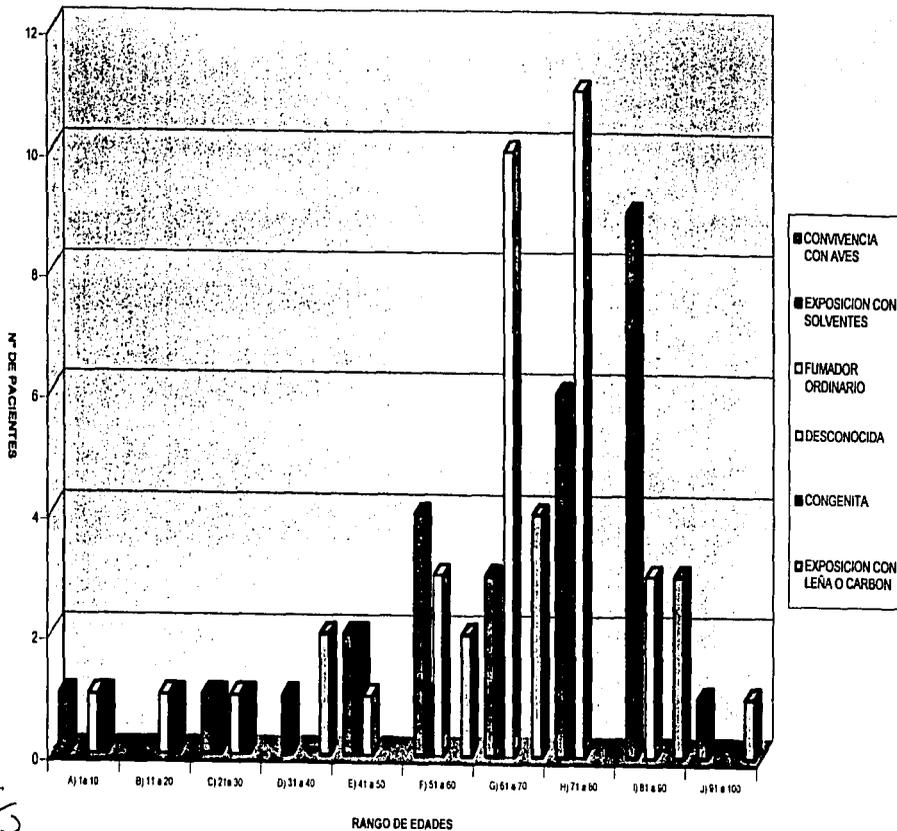
41

Nº DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO



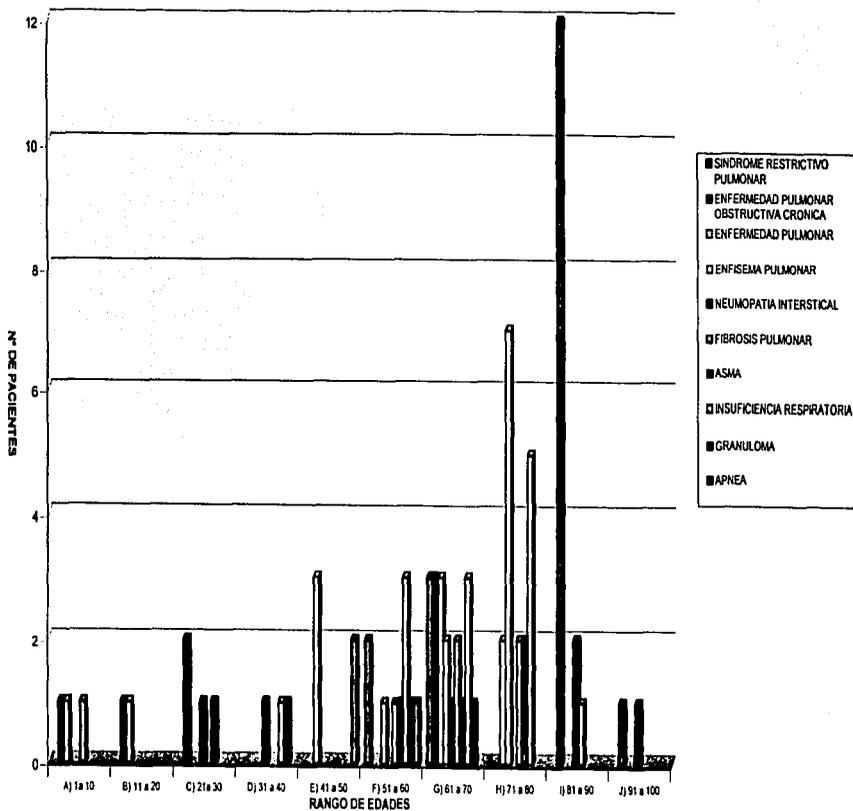
12

Nº DE PACIENTES POR CAUSA DE PADECIMIENTO



13

Nº DE PACIENTES POR DIAGNOSTICO



2/1

4.4. EVALUACION PRELIMINAR DE LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACION.

Al realizar 81 seguimientos de casos, utilizando la metodología de Trabajo social de Casos de Mary Richmond podemos hacer la siguiente evaluación:

a) Se comprobó que la donación de concentrador de oxígeno benefició considerablemente a los pacientes tanto en forma económica, como social, pero sobre todo emocional, refieren los pacientes que el estado de depresión en el que se encontraban les provocaba ideas suicidas, los aislaba de sus familiares y amigos, la mayoría del tiempo, se encontraban encamados para no agitarse, ahora su condición de salud mejoró considerablemente, realizan actividades diarias propias de su edad, hacen de comer, van al mercado, a misa, 25 personas se incorporaron a sus empleos o consiguieron uno nuevo

b) La ventaja económica es representativa, el familiar o el mismo paciente pagaban hasta \$4,000.00 pesos mensuales por la renta de un tanque de oxígeno, ahora sólo un incremento en pago de la luz, anteriormente su recibo llegaba por \$150.00 pesos ahora su recibo llega de \$300.00 cada dos meses.

c) Es muy satisfactorio comprobar que los apoyos de la Beneficencia Pública donados han traído beneficios a los pacientes y que gracias a la intervención del profesional de Trabajo Social esto fue posible ya que, aplicó correctamente sus conocimientos teóricos en cuanto a la metodología de casos.

d) Se evaluaron a los solicitantes, aplicándoles inicialmente la técnica de la observación, posteriormente una pequeña entrevista, para poder aplicar el instrumento del estudio socioeconómico y después la visita domiciliaria, para sensibilizarlos, con relación a la importancia de la donación, pero más significativamente con la evolución que presentarán.

Con este pequeño estudio se le demuestra a la Institución los beneficios tan grandes que obtuvieron los pacientes de bajos recursos económicos y lo que les representa contar con una Institución como la Beneficencia Pública.

CAPITULO 5

ANÁLISIS GLOBAL DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

Esta sistematización muestra entre otros aspectos la experiencia profesional del trabajador social, con relación al estudio de casos. El proceso de análisis inicia en enero de 1998 y termina en diciembre del 2000, el principal propósito es dar un conocimiento desde una perspectiva social que sirva de apoyo para proyectos futuros.

El planteamiento central de la sistematización, es aportar conceptos que permitan al trabajador social, comprender el trabajo tan importante que se realiza entre la institución y el sujeto de estudio.

Para el ordenamiento de esta experiencia se utilizo el modelo de sistematización propuesto por la ATSMAC, la cual refiere que es un **proceso que a través de las distintas aproximaciones sucesivas, encuentra las correspondencias y conexiones lógicas, que permitan entender y comprender los fenómenos para ubicarlos en un contexto de totalidad.** A través de 5 fases que son la descripción, ordenamiento, clasificación, análisis y conceptualización, y que permitió:

En la descripción, detallar los aspectos generales, los programas y las funciones de cada uno de ellos dentro de la Beneficencia Pública, además se informa desde cuando funciona, cuales son sus objetivos y metas, a que población atiende, proporcionando así elementos indispensables para ordenar la sistematización.

En la fase de ordenamiento se seleccionó la información más representativa, por lo mismo se decidió tomar como muestra los concentradores de oxígeno, debido a que son uno de los aparatos de rehabilitación con costo más alto y que le ha proporcionado al paciente mejores resultados.

Para la clasificación se tomaron en cuenta los 81 estudios socioeconómicos que se realizaron a los pacientes, a los cuales se les donó concentrador de oxígeno.

La fase del análisis permite obtener resultados tangibles, proporcionando repuestas esperadas en cuanto al trabajo de investigación, por último entramos en la etapa de conceptualización.

Para cuanto se llegó a esta etapa, muchas de las preguntas que se hacían al comienzo fueron resueltas, pero lo más importante son las aportaciones que se brindaron para mejorar la calidad en el servicio, tanto por parte de la institución como por parte del trabajador social, todo con un sólo fin, proporcionar al paciente un servicio con calidad y calidez.

5.1 CON RELACION AL MARCO CONCEPTUAL.

En el marco conceptual se describe a la discapacidad como un problema de salud social, y al programa que actualmente lleva el gobierno para atender a esta población. Fue complicado encontrar un programa que se adecuara a esta sistematización, la mayoría son muy locales, por ejemplo se encontraron por Estados o por delegaciones, el fin era ubicar uno en el ámbito nacional, sobre todo que se incluyera a personas discapacitadas ya que esta experiencia alude a esta población y muy en especial a los discapacitados que requieren el uso de concentradores de oxígeno. No omito comentar que es muy poco probable que

este programa no sea llevado a cabo en su totalidad, pues a dos años del gobierno, los discapacitados siguen siendo el grupo social mas vulnerable.

5.2 CON RELACION A LA INSTRUMENTACION Y DESARROLLO DEL PROYECTO.

Para hacer este proyecto, primero se tenía que convencer a la Beneficencia Pública, que era importante realizarlo, ya que podrían obtener beneficios como institución, pero sobre todo, más apoyos para los pacientes, esto si se lograba demostrar a través de la muestra seleccionada el cambio tan favorable que tuvieron las personas a las que se les donó concentradores de oxígeno.

Como participante de este proyecto no fue fácil obtener apoyo ya que la institución no cuenta con personal suficiente para este tipo de proyectos, sin embargo, se llevo a cabo con resultados satisfactorios.

5.3. CON RELACION A LA METODOLOGIA.

Para esta sistematización se tomo como muestra la donación de 81 concentradores de oxígeno donados de 1998 al 2000, ya que es un requisito en esta opción de titulación abarcar tres años de la experiencia profesional. Se trabajo con el modelo de Mary Richmod por ser la metodología mas completa y adecuada al trabajo social de casos, debido a que sus técnicas como la entrevista y la observación aportaban información importante y representativa. En cuanto a

los instrumentos se utilizó el estudio socioeconómico de la institución, y se visitó a cada uno de los pacientes antes y después de la donación, también se diseñó exclusivamente para esta sistematización una ficha de registro, así como un cuaderno de notas donde se describa lo más importante de cada paciente con la finalidad de graficar y posteriormente cruzar variables.

5.4. CON RELACION A LOS EFECTOS SOCIALES DEL PROYECTO.

Para la población de escasos recursos, contar con una institución como la Beneficencia Pública es una salvación social, económica, familiar y emocional. Durante 10 años de trabajo se ha comprobado más de una vez el impacto que representa la institución para las personas de bajos recursos económicos, por lo regular estos pacientes ya visitaron otros lugares como el DIF, Presidencia o Cáritas A. C, donde no les proporcionaron la ayuda ó, les solicitaron una cuota de recuperación que no pudieron pagar.

En todos los ámbitos, la institución tiene un fuerte impacto ejemplo: para un paciente que tiene un sueldo mensual de \$2,500.00, tendría que dejar de comer, de pagar renta, luz, transporte por 10 meses, este es en el mejor de los casos, la mayoría de las personas que requieren un aparato como el antes mencionado no trabajan, dependen económicamente de la esposa, (o) los hijos, los hermanos principalmente.

Otro ejemplo muy representativo son las prótesis quirúrgicas ya que tienen un costo aproximado de \$30,000.00 pesos, la mayoría de estas son solicitadas por personas mayores de 60 años, no activas económicamente, también dependen de sus hijos o de sus pensiones, si la Beneficencia Pública no les donara esta prótesis, seguramente los senectos quedarían incapacitados en una silla de ruedas de por vida. Con mucha satisfacción se ha comprobado la forma como se recuperan los pacientes que han sido beneficiados con la donación de estas prótesis.

Es muy importante que la Beneficencia Pública continúe apoyando a las personas de escasos recursos económicos, ya que para la mayoría de ellos la institución es su última oportunidad para reincorporarse a su vida social, laboral y familiar.

CAPITULO 6

PROPUESTA DE INTERVENCION PROFESIONAL

Una de las prioridades para la Secretaría de Salud, es mejorar la calidad de la atención en los servicios, principalmente a los pacientes de la Beneficencia Pública. Las propuestas que a continuación se presentan, tienen por objeto mejorar el servicio dentro de la institución.

1. Es importante sensibilizar al paciente y a su familia según sea el caso, de la importancia en la rehabilitación posterior a la entrega de los aparatos. Un caso muy concreto son los auxiliares auditivos, la mayoría de los padres creen que en el momento que les colocan los aparatos auditivos a sus hijos, estos inmediatamente escucharán y por consiguiente hablarán, no es posible de esta forma, debido a que es un trabajo de muchos años y de equipo, alumno-maestro-padres. Aquí sugiero, elaborar programas especiales para los padres de los menores y explicarles como obtendrán mejores resultados, además de que podrán retroalimentarse.

Las visitas domiciliarias, sugiero se realicen por lo menos al 10% de la población atendida, lo ideal sería que todos los pacientes se visitaran, sin embargo no se cuenta con el personal suficiente para hacerlo. En el año 2000 se recibieron 3,500 solicitudes, de estas sólo se realizaron 35 visitas, el 1%. Mi propuesta es empezar a delegar trabajo administrativo a personal administrativo, ya que en la actualidad el trabajador social en la Beneficencia Pública hace trabajo administrativo. Hacer uso de la tecnología como

computadoras, fax, Internet, etc, debido a que mucho del trabajo se hace en forma manual. Con esto se ganaría tiempo que se utilizaría en hacer más visitas domiciliarias. También se pueden establecer convenios con instituciones educativas para contar con el apoyo de los prestadores de servicio social o de prácticas profesionales.

2. Seguimiento de casos. Si tomamos en cuenta que es una metodología básica en trabajo social se debe llevar a cabo, esto beneficiaría no solo a la institución, si no a los pacientes en general. Un caso muy concreto son los aparatos para rehabilitación con un costo muy alto, los neuroestimuladores que solicita el servicio de Neurología del Hospital General de México, con un costo aproximado de \$80,000.00 pesos, con mucho trabajo por parte del trabajador social, los dona la Beneficencia Pública, si se realizará el seguimiento de casos a través de este, se comprobaran los beneficios que han traído a los pacientes, se tendrían elementos suficientes comprobados para que las autoridades los donaran.
3. Buscar recursos económicos y en especie por parte de la iniciativa privada, para poder apoyar a los pacientes que las políticas de la Beneficencia Pública no permite ayudar, medicamentos, ayudas económicas para gastos de hospitalización o de defunción, pasajes de autobús para regresar a sus lugares de origen. Los medicamentos se podrían conseguir en donación por medio de los laboratorios que los fabrican, hacer vinculación social con las líneas de autobuses o buscar algún "padrino" (patrocinador)

- 4. Se debe ser muy claro con las personas que asistan a la Beneficencia Pública, si no es posible apoyarla decirlo, para no crearle falsas esperanzas. Cuando la donación no sea posible, informarlo y canalizarla a los lugares dónde si lo puedan apoyar. Para esto el trabajo social debe de estar bien informado de los lugares en dónde puedan atender al paciente. Un ejemplo, la Beneficencia Pública por política no dona medicamentos, cuando un trabajador social esta bien documentado lo guiará a los lugares donde le puedan resolver su problema, D.I.F., Casa de la Amistad, AMANC, etc. Crear programas y convenios de vinculación institucional.**

- 5. Asignar cuotas de recuperación, la Beneficencia Pública dona aparatos de rehabilitación sin ningún costo, como trabajador social he comprobado que hay familias que pueden pagar un porcentaje del costo del aparato solicitado, por ejemplo un paciente solicita una prótesis de un costo de \$25,000.00 pesos su familia no la puede adquirir, pero si puede pagar una cantidad menor, tal vez \$3,000.00 o \$4,000.00 pesos, yo sugiero que este pago no sea en efectivo que sea en especie, que compre una silla de ruedas o un auxiliar auditivo, para otro de los pacientes, esto además de apoyar a más personas nos evitaría caer en un mal manejo de dinero.**

- 6. Capacitar al trabajador social constantemente en cuanto a atención al público, relaciones humanas, empatía, consejería, etc., todo lo que proporcione una mejor calidad en el servicio, y se refleje en la atención a las personas. Si tomamos en cuenta que la mayoría de los usuarios llegan a la Beneficencia Pública emocionalmente desgastados, por encontrarse con un familiar discapacitado, lo que menos necesitan es un mal trato por parte del trabajador social, si este se capacitara constantemente y asistiera a cursos que le**

permitieran mejor su calidad de atención al paciente, la institución, el usuario, los compañeros, pero sobre todo el trabajador social saldría beneficiado.

7. A diario se presentan aproximadamente 15 personas para solicitar algún aparato de rehabilitación, de los cuales, sólo 2 ó 3 traen la documentación completa para elaborar su trámite y posterior estudio socioeconómico. Esto se podría evitar si el trabajador social coordinara y participara en la elaboración de un manual de procedimiento que posteriormente hiciera llegar a las instituciones a las que apoya, el cual se tiene que ir actualizando según corresponda.
8. Que en cada Instituto y Hospital se asigne a una trabajadora social responsable del "programa" de la Beneficencia Pública, con el fin de que cuando un paciente llegue por primera vez y sin información a la Beneficencia Pública, inmediatamente sea canalizado a su hospital con la persona indicada para facilitar y agilizar los trámites.
9. Como trabajador social se debe brindar apoyo integral a las personas que acuden a la Beneficencia Pública, no debe de quedar en trámite administrativo. Al detectar algún problema social, como familias desintegradas, agresiones físicas y mentales, abuso sexual, etc. Es importante canalizarlo con el profesional adecuado.
10. Evitar caer en la burocracia. La Beneficencia Pública para poder donar algún aparato de rehabilitación, tenga el costo que tenga (desde unos lentes de \$200.00 hasta un implante coclear de \$240,000.00 pesos) requiera que el

paciente se presente con una lista interminable de documentación, se propone reducir esta lista a lo menos posible en beneficio de las personas. También es importante colaborar con los pacientes, si les falta algún documento apoyarlos y darle confianza, por ejemplo, hay pacientes que radican fuera del D.F. no traen su acta de nacimiento o su credencial de elector, normalmente se regresa a esta persona para que la consiga, aquí se puede comprometer al paciente para que en cuanto llegue a su pueblo la mande por fax o en su defecto por correo.

11. Que el trabajador social sistematice y documente las acciones de la beneficencia pública en pro de mejorar y hacer más eficiente la participación del trabajador social dentro de la beneficencia pública y de la Institución misma como proveedora de satisfactores sociales.

BIBLIOGRAFIA.

1. Archivo de la Beneficencia Pública.
2. Ander-Egg Ezequiel.- Diccionario de Trabajo Social. Editorial Ateneo, México 1982, 4° Edición. Págs.113-123-322 y 333
3. Ander-Egg Ezequiel.- Diccionario de Trabajo Social. Editorial Ateneo, México 1984, 4° Reimpresión en México. Págs. 125-302 y 310.
4. Castellanos, Marie C.- Manual de Trabajo social. 4° Reimpresión 1974. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. Págs. 3- 7
5. Davison, Evelyn.- Trabajo Social de Casos. Moradi. México, Editorial Continental, 1973. Págs. 21 - 50.
6. De Paula, Faleiros Vicente. Trabajo Social e Instituciones. México, D. F. Págs 25 - 33.
7. Dorland Diccionario Médico de Bolsillo.- Editorial Interamericana de España. Vigésimo cuarta Edición. 1993. Págs. 57-83-257-258-259-312-412 y 551.
8. Enciclopedia Médica de Selecciones de Readers.- El Gran Libro de la Salud. Disco # 1

9. Hamilton, Gordon.- Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos. Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1951. Págs. 1 - 48.
10. Kadushin, Alfred.- La entrevista en el Trabajo Social, Editorial Extemporáneos, 1972. Págs. 15 - 33
11. Kisnerman, Natalio.- Teoría y Práctica de Trabajo Social. Tomo IV. Editorial Los Recursos. Buenos Aires, Argentina, 1984. Págs. 10 - 35.
12. Meave, Partida Etna del Carmen.- Metodología Para el Estudio Social de Casos, Trabajo Social. Ediciones México, D.F., 1993. Págs. 4 - 15.
13. Meave, Partida Etna Ma. del Carmen.- Apuntes de Teoría del Trabajo de Casos I y II. Mimeografiados, 1971. Págs. 18 - 25.
14. Mendoza, Rangel Ma. del Carmen.- Una Opción Metodológica para Trabajo Social. Editorial Humanistas, Buenos Aires. Págs.92- 108.
15. Mendoza Maria del Carmen, Sistematización de la Práctica. CAMSU, Texto metodológico, México ,SEDEPAC. 1987. Págs. 292 - 302.
16. Plan Nacional de Desarrollo.- 2001-2006. Ejecutivo Federal, Talleres de la Nación, México 2001.

17. Programa Nacional de la Salud 2001-2006. Secretaria de Salud, Talleres de la Nación 2001. Pags. 17 - 50.
18. Richmond, Mary Ellen.- Caso Social Individual, Editorial Humanistas, Buenos Aires, 1977. Págs. 24 - 60.
19. Zúñiga, Esther.- Directorio de Instituciones, UNAM-ENTS, Septiembre 2000.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

ANEXOS

- 1 ORGANIGRAMA DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.
- 2 DIRECTORIO TELEFONICO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.
- 3 HOJA DE REQUISITOS PARA LA DONACION DE AYUDAS EN ESPECIE.
- 4 ESTUDIO SOCIOECONOMICO PARA PERSONAS FISICAS QUE SOLICITAN AYUDAS EN ESPECIE.
- 5 FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA PARA PACIENTES QUE SOLICITARON CONCENTRADOR DE OXIGENO.

ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA
Avenida Ortega N° 1321, Col. Del Valle,
Deleg. Benito Juárez, C.P. 03100

CONMUTADOR: 55-34-03-60

DIRECTORIO TELEFONICO

NOMBRE	CARGO	LÍNEA DIRECTA	EXT.	PISO
DIRECCION GENERAL				
Lic. Augusto A. García Besné Bueno	Director General	55.34.75.11	200	2
C. Ma. del Carmen Rodríguez García	Secretaria	55.34.66.90 FAX	203	2
Lic. Karla Morales Miriel	Unidad de Calidad		202	2
C. Guadalupe Ramírez Balmaceda	Secretaria		204	2
Lic. Manuel Burgos García	Unidad de Calidad		205	2
Sala de Juntas			206	2
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA				
Lic. Susana Pellicier Blanco	Subdirectora de Administrativa	266	55.34.77.33	3
Guadalupe Baca castellanos		267		3
Lic. Laura Evelyn Gómez Martínez	Jefe del Depto. de Adquisiciones	268	55.34.77.73	3
Lic. Oscar Franca Magallon	Coordinador de Adquisiciones	269		3
Pedro Yuri Mendoza Portilla	Area de Adquisiciones	270		3
Fax Adquisiciones	Fax	271		3
Carlos Alberto Jasso Guevara	Jefe de Informática	272		2
Area de Informatica		273		2
Israel Gonzalez Cano	Coordinador de Recursos Humanos	274		
Nónica Evangelina López	Secretaria	275		
Lic. Marco A. Tovar Alfonso	Coordinador de Recursos Materiales	276		
Jose Luis Garcia Cervantes	Encargado de la Unidad de documentación en Trámite	277		P.B.
Benito Erazo Diaz	Jefe de Mantenimiento	278		P.A.
Javier Fco. Leon Lara	Encargado de Almacén	279		P.B.
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS				
Lic. Ricardo López Loya	Director de Administración y Finanzas	250	55.34.79.52	4
Ma. Trinidad Urroz Gómez	Secretaria	251		4
C.P. Elsa Gabriela Díaz Flores	Subdirección de Recursos Patrimoniales y Cuotas de Recuperación	252	55.34.88.80	5
C.P. Ernesto Avila Gomez	Subdirector de Presupuesto, Tesorería y Contabilidad	253		4
Juana Bernal	Secretaria	254		4
Lic. Fco. Navarrete Rodríguez	Jefe del Depto. de Presupuesto	255		4
C.P. Eberth Hernández Monter	Jefe del Depto. de Contabilidad	256		4
C.P. Glòria García Ochoa	Coordinadora de	257		4



**ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
DIRECCIÓN DE PATRIMONIO Y ACCIONES DE BENEFICENCIA**

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE TRAMITE DE AYUDAS EN ESPECIE

PERSONAS FÍSICAS

1. **DICTAMEN MÉDICO (original y 2 copias):** En papel membreteado con sello del Hospital o Instituto, anotando claramente el padecimiento actual, tratamiento, pronóstico, características detalladas de la ayuda solicitada. Con nombre, firma y cédula profesional del Jefe del Servicio o Subdirector Médico del Hospital o Instituto. En aparatos auditivos se requiere original y dos copias del Estudio Audiométrico, adicional al Dictamen Médico.
2. **CARTA DE SOLICITUD DEL BENEFICIARIO O SOLICITANTE (original y 2 copias):** Dirigido al LIC. AUGUSTO A. GARCIA BESNÉ BUENO, Director General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública; firmado por el beneficiario o el solicitante; indicando el tipo de ayuda, padecimiento actual y situación económica.
3. **FOTOCOPIA DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE** Credencial de Elector; o Licencia para conducir; o Constancia de identidad expedida por el Municipio, Ayuntamiento o Delegación Política.
4. **FOTOCOPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO** o del Acta de Matrimonio; o de la Fe de Bautizo; o de la Cartilla del Servicio Militar Nacional, o del Acta de Nacimiento del hijo mayor.
5. **FOTOGRAFÍAS:** Una del beneficiario y otra del solicitante.
6. **COMPROBANTE DE INGRESOS DE LA(S) PERSONA(S) QUE SOSTIENE(N) A LA FAMILIA:** Talón de pago; o constancia de sueldo; o escrito indicando tipo de actividad y monto aproximado de ingresos mensuales.
7. **COMPROBANTE DE DOMICILIO:** Fotocopia del pago de Predial o de Agua; o del recibo de teléfono; o credencial de Elector; o constancia de residencia expedida por el Ayuntamiento o el Municipio.
8. **OFICIO DE SOLICITUD DEL HOSPITAL O INSTITUTO: (Original y dos copias)** Firmado por el Director o Subdirector.
9. **ESTUDIO SOCIOECONOMICO:** Elaborado por el Departamento de Trabajo Social del Hospital o Instituto, avalado por el Subdirector Médico o el Jefe del Servicio.

DOMICILIO: Aniceto Oréaga No. 1321, Col. Del Valle, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F.

ATENCIÓN AL PÚBLICO:

De lunes a viernes de 09:00 a 13:00 horas.

TELÉFONO: 55-24-75-27

EN CASO DE FALTAR ALGUNO DE LOS REQUISITOS, NO SE PUEDE DAR TRÁMITE A SU SOLICITUD.

C:\DOCUMENTOS\HOJA DE REQUISITOS.DOC



ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA
DIRECCION DE PATRIMONIO Y ACCIONES DE BENEFICENCIA
AREA DE APOYO A PERSONAS FISICAS

BENEFICIARIO

F
O
T
O

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO PARA PERSONAS FISICAS

1. - DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

DOMICILIO:

(CALLE

NUMERO

COLONIA)

(DELEGACION O MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

CODIGO POSTAL

TELEFONO)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

(AÑO MES DIA)

(LUGAR)

SEXO

EDAD

ESTADO CIVIL

CANALIZADO POR

ESCOLARIDAD

OCCUPACION

INGRESO \$

AYUDA EN ESPECIE

¿ COMO OBTUVO INFORMACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA P.B.P.? _____

¿ HA RECIBIDO ANTERIORMENTE SUBSIDIO DE P.B.P.?: SI _____ NO _____ FECHA _____ TIPO DE SUBSIDIO _____

DOCUMENTACION QUE PRESENTA:

DICTAMEN MEDICO () CARTA DE SOLICITUD () IDENTIFICACION () ACTA DE NACIMIENTO ()

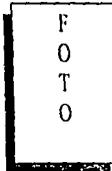
FOTOGRAFIA (S) () COMPROBANTE DE INGRESOS () COMPROBANTE DE DOMICILIO ()

OFICIO DE CANALIZACION () OTROS () _____

2. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____ PARENTESCO _____
 (APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S))

SOLICITANTE



DOMICILIO: _____
 (CALLE NUMERO COLONIA)

 (DELEGACION O MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL TELEFONO)

3. CONSTITUCION FAMILIAR (PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	INGRESOS \$

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS _____

TOTAL INGRESO MENSUAL FAMILIAR \$ _____

4. - SITUACION ECONOMICA

GASTO MENSUAL FAMILIAR

ALIMENTACION \$ _____ SALUD \$ _____ VIVIENDA (MANTENIMIENTO) \$ _____
EDUCACION \$ _____ SERVICIOS PUBLICOS \$ _____ OTROS (_____) \$ _____
TRANSPORTE \$ _____ VIVIENDA (RENTA) \$ _____

TOTAL EGRESO MENSUAL FAMILIAR: \$ _____

5. - ALIMENTACION (QUE REGULARMENTE CONSUME LA FAMILIA)

DESAYUNO _____

COMIDA _____

CENA _____

6. - VIVIENDA

ZONA _____ SERVICIOS PUBLICOS: LUZ () AGUA () PAVIMENTO () DRENAJE () TELEFONO () TRANSPORTE ()

TIPO DE VIVIENDA _____ REGIMEN DE PROPIEDAD _____

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ () AGUA () GAS () DRENAJE () TELEFONO () OTROS () _____

NUMERO DE ESPACIOS: _____ SALA () COMEDOR () RECAMARA () COCINA () BAÑO _____

OTROS _____

MATERIAL DE CONSTRUCCION: PAREDES _____ TECHO _____ PISO _____

7. - SALUD DEL BENEFICIARIO

PADECIMIENTO ACTUAL _____ CAUSA _____

ES DERECHOHABIENTE DE: IMSS () ISSSTE () OTRO () _____

RECIBE ATENCION MEDICA: SI () NO () DONDE _____

8. - EVALUACION GENERAL

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL: _____

DEPENDENCIA CANALIZADORA: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

FECHA Y LUGAR DE APLICACION

(AÑO MES DIA)

(LUGAR)

EVALUACION GENERAL DE TRABAJO SOCIAL

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA
DIRECCIÓN DE PATRIMONIO Y ACCIONES DE BENEFICENCIA
SUBDIRECCION DE ACCIONES DE BENEFICENCIA

Anexo 5

FECHA: _____

CEDULA DE SUPERVISION DOMICILIARIA A PERSONAS FISICAS DE ESCASOS RECURSOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____ NO. EXPEDIENTE: _____

DOMICILIO: _____

TIPO DE AYUDA: _____

AMBITO FAMILIAR: _____

CONDICIONES DE SALUD: _____

CONDICIONES ECONOMICAS: _____

EVALUACION GENERAL: _____

NOTA: LOS ARTICULOS QUE DONA EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA SON SIN EXCEPCION,
COMPLETAMENTE GRATUITOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL