



UNIVERSIDAD
"DON VASCO, A.C."

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DEL
HOSPITAL INTEGRAL COMUNITARIO DE CHERÁN, MICH".

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciado en Trabajo Social

P R E S E N T A:

PATRICIA MARÍA SANTACLARA RIVERA

A S E S O R A:

LIC. SANDRA ISABEL CORZA PLANCARTE

URUAPAN, MICHOACÁN A 26 DE SEPTIEMBRE DE 2011..





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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I MARCO CONTEXTUAL

1.1 POLÍTICA SOCIAL

1.1.1 Plan Nacional de Desarrollo.....	4
1.1.2 Plan Estatal de Desarrollo.....	7
1.1.3 Plan Municipal de Desarrollo.....	9

1.2 HOSPITAL INTEGRAL COMUNITARIO DE CHERÁN

1.2.1 Características generales de la institución.....	10
1.2.2 Misión y Visión.....	10
1.2.3 Estructura organizacional.....	11
1.2.4 Servicios que presta.....	12

1.3 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL INTEGRAL COMUNITARIO DE CHERÁN

1.3.1 Antecedentes.....	13
1.3.2 Misión y Visión.....	14
1.3.3 Objetivos.....	14
1.3.4 Organigrama.....	15

1.4 PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES.

1.4.1 Antecedentes.....	17
1.4.2 Objetivos.....	19
1.4.3 Lineamientos Operativos del Sistema de Referencia y Contrareferencia de Pacientes.....	19

1.5 AJUSTES AL PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES PARA EL MEJOR FUNCIONAMIENTO EN LA

1.6 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE CHERÁN

1.6.1 Justificación.....	20
1.6.2 Objetivos.....	21
1.6.3 Metas.....	21

CAPITULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

2.1.1 Salud.....	22
2.1.2 Enfermedad.....	22
2.1.3 Historia natural y social de la enfermedad.....	23

2.2 PERIODO PREPATOGENICO

2.2.1 Agente.....	24
2.2.2 Huésped.....	26
2.2.3 Ambiente.....	26

2.3 CICLO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD.

2.3.1 Diagrama del ciclo económico de la enfermedad.....	28
--	----

2.4 NIVELES DE PREVENCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

2.4.1 Prevención Primaria.....	29
2.4.2 Prevención Secundaria.....	30
2.4.3 Prevención Terciaria.....	30

2.5 ATENCIÓN MÉDICA

2.5.1 Niveles de atención.....	31
--------------------------------	----

2.6 SALUD PÚBLICA

2.6.1 Propósito de la Salud Pública.....	33
2.6.2 Funciones de la Salud Pública.....	33

2.7 EQUIPO DE SALUD

2.7.1 Papel del Médico.....	34
2.7.2 Papel de la Enfermera.....	35
2.7.3 Trabajo social en el área de la salud.....	35

2.8 PERFIL IDEAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

2.8.1 Antecedentes de Trabajo Social en el Área Hospitalaria.....	35
2.8.2 Objetivos.....	38

2.8.3 Funciones particulares.....	39
2.9 NIVELES DE INTERVENCIÓN.	
2.9.1 Trabajo Social de Caso.....	43
2.9.2 Trabajo Social de Grupo.....	43
2.9.3 Trabajo Social de Comunidad.....	43
2.10 EDUCACIÓN CONTINUA ABORDADA POR EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD.....	44
CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN.	
3.1 Propuesta metodológica de Ma. del Carmen Mendoza Rangel.....	46
3.2 Fases Metodológicas Desarrolladas en la Intervención.....	49
CAPITULO IV DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA	
4.1 Antecedentes de la experiencia.....	62
4.2 Descripción de la experiencia.....	65
4.3 Resultados de la experiencia.....	68
4.4 Dificultad o limitantes.....	68
CAPITULO V: ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN	
5.1 En relación al contexto.....	70
5.2 En relación al marco teórico conceptual.....	73
5.3 En relación a la metodología aplicada.....	74
CAPITULO VI: PROPUESTA.....	77
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

El programa de referencia y contrareferencia es un instrumento fundamental, el cual contribuye a que exista un enlace entre unidades operativas de los diferentes niveles de atención que conforman la Red de Servicios de Salud y que además permite dar una atención integral a los pacientes, de acuerdo a su complejidad de tal manera que el 1er Nivel resuelva el 85%, el 2° Nivel el 12% y el 3er Nivel el 3%.

El presente trabajo tiene como finalidad recuperar la experiencia profesional del Trabajador Social, el cual cumple una función muy importante dentro de las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, debido a que sus conocimientos ayudan a la reproducción de condiciones necesarias para la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios.

Dentro del programa de referencia y contrareferencia se tiene contemplado la participación del Trabajador Social con la finalidad de que las instituciones que conforman la Red de Servicios de Salud se encuentren coordinadas y se logre el objetivo, que es fortalecer la atención médica integral y oportuna con calidad y calidez, mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrareferidos, comprometiendo a los diferentes niveles de atención, tomando en cuenta que el porcentaje con el que se tiene que trabajar en cada nivel se encuentra a la inversa, y es aquí donde se requiere de la intervención del Trabajador Social.

Es por ello que el trabajador social interviene a través de la investigación dentro del Hospital de Cherán para identificar las situaciones que no permiten llevar a cabo los objetivos del programa y poder contribuir con alternativas para la mejor atención a nuestros usuarios. A través de esta investigación se observa que la población usuaria no acude a sus unidades de salud lo cual implica una concentración mayor en esta institución, para ello se realiza un manual operativo, el cual consiste en que se dé a conocer a las unidades de primer nivel los servicios y horarios con los que se

cuenta, evitando con ello esta concentración y por ende los tiempos largos de espera que disminuyen la calidad de la atención.

El trabajo realizado es la sistematización del Programa de Referencia y Contrareferencia de Pacientes, a través del cual se logra entender por qué los objetivos y metas que se plantean en este programa no se llevan a cabo, por qué surge, dónde surge y cómo se pueden resolver.

La presente sistematización se organiza y estructura en 5 capítulos que se describen a continuación.

En el primer capítulo se menciona el contexto de la atención a la salud a nivel Nacional, Estatal y Municipal, dados a conocer en los Planes de Desarrollo de los 3 niveles de gobierno Nacional, Estatal y Municipal.

El segundo capítulo se enfoca al marco teórico conceptual, donde se definen los conceptos relacionados al proceso Salud-Enfermedad, así como algunos aspectos que son de gran utilidad para poder entender y comprender el presente trabajo.

El tercer capítulo se refiere a la metodología utilizada, y se refiere a la de Ma. Del Carmen Mendoza Rangel, utilizando únicamente la fase de Intervención que es lo que se adaptó para la elaboración del presente trabajo de sistematización.

El cuarto capítulo concierne a la descripción de la experiencia profesional “La Intervención del Trabajador Social en el Programa de Referencia y Contrareferencia del Hospital Integral Comunitario de Cherán”, durante el periodo 2009.

El quinto capítulo expone el análisis de la intervención profesional en cuanto al marco teórico contextual, al marco teórico conceptual y la metodología implementada.

En el sexto capítulo se presentan las conclusiones en las que se dan alternativas para lograr mejores resultados del programa, la cual consiste en programar las fases metodológicas del trabajador social permitiendo con ellas la elaboración de trabajos con enfoques metodológicos y científico.

CAPÍTULO I CONTEXTO EN QUE SE INSCRIBE LA EXPERIENCIA

En el presente capítulo se presenta información referente a las Políticas Sociales, los objetivos, metas y líneas de acción que establecen los gobiernos a nivel Federal, Estatal y Municipal, es decir la situación actual del país en cuestión de Salud. Debemos enunciar que siempre se han implementado programas para mejorar la atención de la Salud con efectos de calidad y calidez que permitan al usuario obtener una mejor calidad de vida, sin embargo es importante mencionar que no todos los programas se acercan a la realidad de las comunidades donde se implementaran es por ello que se requiere la intervención del trabajador social para su reestructuración, ejecución y evaluación, obteniendo con ello un mejor y mayor impacto

1.1. POLÍTICA SOCIAL

Es importante antes de presentar las premisas de cada Plan de Desarrollo, mencionar que por Política Social se entiende:

En general el término se utiliza para designar “la acción que el estado desarrolla, o debe desarrollar, para resolver problemas sociales mediante disposiciones que tienden a aliviar o mejorar la situación social, económica y jurídica de los pobres y de los grupos en situaciones especiales (huérfanos, viejos, enfermos, etc.)”

1.1.1 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012

A continuación describo el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012, el cual tiene como finalidad establecer, los objetivos, estrategias y prioridades que durante esta administración deberá de regir la acción del gobierno, considerada una de ellas la Igualdad de Oportunidades para cada mexicano en la, formación y realización para el mejoramiento de las condiciones de vida reconociendo hasta ahora que las desigualdades sociales son una realidad ancestral en México.

Es por ello la necesidad de que se pueda garantizar el acceso a los servicios básicos; considerando uno de los más importantes el acceso a la Salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establece una estrategia clara y viable para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y sobre todo, responsables.

Está estructurado en cinco ejes rectores:

1. ESTADO DE DERECHO Y SEGURIDAD.
2. ECONOMÍA COMPETITIVA Y GENERADORA DE EMPLEOS.
3. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES (abarcando en este eje todo lo relacionado a la Salud)
4. SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL
5. DEMOCRACIA EFECTIVA Y POLÍTICA EXTERIOR RESPONSABLE.

Este Plan asume como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable; esto es, el proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras.

Hoy tenemos la oportunidad histórica de impulsar el Desarrollo Humano Sustentable como motor de la transformación de México en el largo plazo y, al mismo tiempo, como un instrumento para que los mexicanos a la vuelta de 23 años, de acuerdo con lo establecido en el proyecto Visión México 2030.

Los objetivos nacionales, las estrategias generales y las prioridades de desarrollo plasmados en este Plan han sido diseñados de manera congruente con las propuestas vertidas en el ejercicio de prospectiva.

La acción de gobierno descrita en el Plan Nacional de Desarrollo tiene por fin mejorar la calidad de vida de los mexicanos, asegurando el pleno ejercicio de su libertad personal, en un entorno de convivencia humana y de respeto a la naturaleza, que multiplique las oportunidades de progreso material, favorezca el desenvolvimiento intelectual y propicie el enriquecimiento cultural de cada uno de los ciudadanos del país.

a) OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO EN CUESTION DE SALUD

Cabe mencionar que lo que se presenta en este apartado son los objetivos que están relacionados con la atención a la Salud, debido a que el programa que se está analizando habla acerca de la atención con calidad que deben de brindarse a los usuarios con los que se trabaja en esta Institución, tomando en cuenta que la Salud está ligada al destino de la Nación, a medida que el país se transforme, su sistema de salud también debe hacerlo, no puede haber progreso general sin un sistema de Salud que atienda a los mexicanos.

1.-Brindar Servicios de Salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente: Junto con el mayor alcance de los servicios de salud y el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento, es fundamental la superación profesional y la sensibilización de quienes atienden al público usuario.

2.- Coadyuvar en el fortalecimiento de estrategias para la atención integral de la Salud en los niveles local, regional y nacional, incorporando acciones de educación, promoción y prevención.

3.- Asegurar calidad en la atención y mejorar la oferta de los servicios de salud.

4.- Crear e incorporar en la planificación de los servicios un sistema de indicadores de salud que facilite conocer la situación real de la salud y permita dar respuestas efectivas y eficaces.

1.1.2 PLAN ESTATAL DE DESARROLLO 2008-2012

Dentro de este Plan se puede mencionar que a todos nos une el objetivo de que cada vez Michoacán tenga menor pobreza, desigualdades y que tengamos un estado con mayores oportunidades en materia de Salud.

Dentro del Plan Estatal de Desarrollo abarcaremos los objetivos que se tienen para el mejor y ágil funcionamiento de los Servicios de Salud de Michoacán, así como también la calidad con la que se trabaja en estas instituciones.

a) OBJETIVO:

Mejorar las condiciones de salud de los michoacanos (as) ampliando la cobertura de salud con servicios de calidad, pertinencia y calidez, poniendo principal énfasis en las acciones preventivas, promocionales y educativas, así como cumpliendo y mejorando la infraestructura en salud, garantizando el abasto de insumos, fortaleciendo y creando programas sociales.

b) LINEAS DE ACCIÓN

Incrementar la cobertura y la calidad de los servicios de salud que parta de los núcleos de población más pequeños y con mayores desventajas.

- Financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad
- Apoyo a proyectos de salud para sectores marginados
- Conformar proyectos de innovación para el desarrollo de los Servicios Estatales de Salud.
- Certificación en calidad para la gestión eficiente y transparente de los recursos públicos destinados a la salud.

c) ESTRATEGIA:

- Promoción a la Salud
- Autocuidado
- Ampliar la cobertura de los servicios de salud
- Surtido de medicamentos

- Promover el trato digno

d) META:

- Construir una sociedad sana.

En el Plan Estatal existe el programa PROCEDES (PROGRAMA DE CALIDAD, EQUIDAD Y DESARROLLO EN SALUD), el cual es un programa estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud.

CONVENIO ENTRE PROCEDES Y LA SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACAN.

e) CLAUSULAS:

1.- Lograr mayor equidad con calidad en el PASE (Paquetes de Servicios Esenciales de Salud), para la población que vive en zonas de alta marginación y en municipios con menores índices de bienestar.

2.- Incrementar el acceso, equidad y calidad de los Servicios de Salud con dignidad a grupos indígenas.

3.- Ampliación y fortalecimiento del Sistema de Salud Pública.

En Michoacán la posibilidad de contar con los medios idóneos para la preservación de la salud está relacionada con el desequilibrio regional y socioeconómico.

4.- Trabajar para la democratización de los servicios de salud

5.- Consolidar un incremento en la cobertura y en la calidad de los servicios que parta de los núcleos de población más pequeños y con mayores desventajas.

6.- Es mejor la política que previene la enfermedad que aquella que se atiende.

1.1.3 PLAN DE DESARROLLO DEL MUNICIPIO DE CHERÁN MICH. 2008-2011

El Plan de Desarrollo que se formuló para el periodo constitucional 2008-2011, considera las opiniones de los académicos, los representantes de los diferentes sectores de la población, al igual que las de los servicios públicos en el gobierno municipal, por lo tanto es el más importante instrumento de orientación y ejecución de los programas impulsores del desarrollo. Lo importante del presente Plan, es que capta la esencia de la Institución Municipal, pues es aquí donde la relación pueblo y gobierno es cotidiana y permanente. Es el municipio donde los reclamos sociales de atención a las demandas y necesidades se hacen realidad, donde la autoridad local vive de cerca la responsabilidad de atender de manera eficiente las necesidades sociales o donde se recibe el descontento por la ausencia de respuesta.

Dentro del contenido del Plan Municipal en el apartado VI denominado DATOS SOCIOECONOMICOS, se encuentra en el punto 6.2 el tema salud que al revisarlo identifiqué que no existe ningún objetivo, meta o acción que se tenga que hacer para el mejor alcance de los servicios de salud.

A lo que hace referencia este apartado es básicamente a informar que la localidad de Casimiro Leco no dispone de servicios de salud y que para llegar al lugar donde se les pueda brindar servicios médicos se encuentra a 5 Km. El cual hay que recorrerlo por un camino de terracería deteriorada; así como también la localidad de Santa Cruz Tanaco solo dispone de una Clínica del IMSS Oportunidades y con referencia a Cherán no se maneja absolutamente nada.

1.2 HOSPITAL INTEGRAL COMUNITARIO DE CHERÁN

Si bien se entiende que las políticas sociales están encaminadas a mejorar la calidad, calidez y oportunidad de la atención médica, es por ello que se hizo necesario dar un panorama de los aspectos más generales del Hospital Integral de Cherán, que es la institución donde laboró y de la cual realizare el análisis de la experiencia en el presente trabajo.

La información que se presenta a continuación fue proporcionada por la Dirección del Hospital de Cherán.

El Hospital Integral Comunitario de Cherán, es la Institución donde laboro y de la cual realizare el análisis de la experiencia que desarrollare para la presentación de este trabajo, la información dada a conocer a continuación se obtuvo del Manual de Operación (2008) de dicho hospital.

1.2.1.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Integral Comunitario de Cherán, es una Institución de carácter público, prestadora de Servicios de Salud a la comunidad y a la Región, determinada por la Secretaría de Salud y supervisada por la Secretaría de Salud de Michoacán.

Se atiende a la población que lo requiera no importando su derechohabiencia, solventando los gastos a través de una cuota de recuperación basada en el Estudio Socioeconómico aplicado por el departamento de Trabajo Social.

1.2.2 MISIÓN Y VISIÓN

MISIÓN:

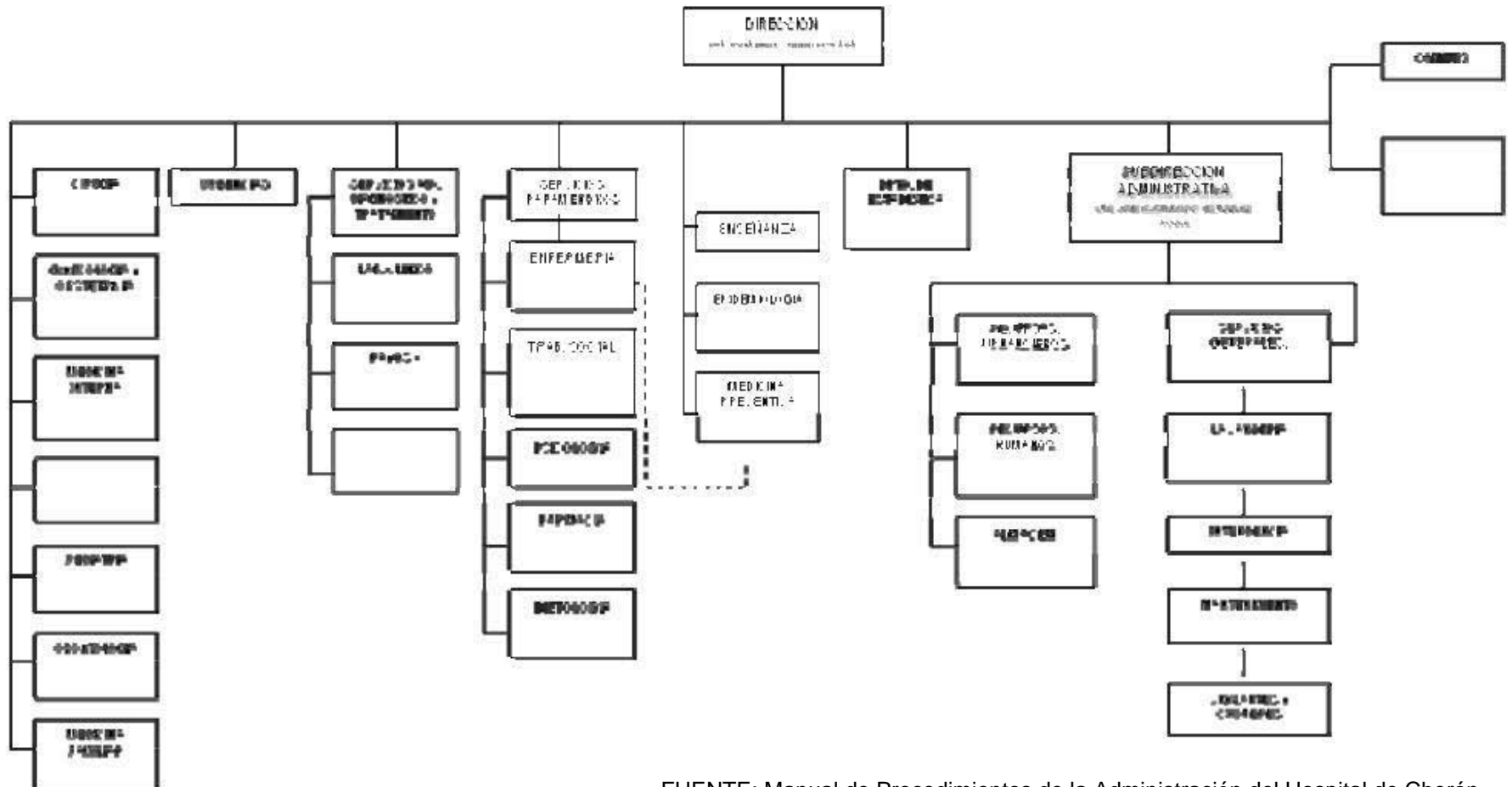
La responsabilidad principal de nuestra Institución es la atención de los usuarios con calidez, calidad y oportunidad, otorgada por profesionistas en capacitación continua.

VISIÓN:

El Hospital Integral de Cherán pretende ser una Institución de excelencia al servicio de la salud.

1.3.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACAN
**ORGANIGRAMA GENERAL DEL
 HOSPITAL INTEGRAL DE CHERAN**



FUENTE: Manual de Procedimientos de la Administración del Hospital de Cherán

1.2.4 SERVICIOS QUE PRESTA

El Hospital Integral Comunitario de Cherán es una institución prestadora de servicios de Salud de 2° Nivel de Atención que otorga atención médica a la población que no cuenta con servicios médicos:

- CIRUGÍA GENERAL (08:00 a 20 Hrs)
- GINECOLÓGIA (08:00 a 20 Hrs)
- MEDICINA INTERNA (08:00 a 20 Hrs)
- PEDIATRIA (08:00 a 20 Hrs)
- TRAUMATOLÓGIA (08:00 a 14:00 hrs)
- ODONTOLÓGIA (08:00 a 20:00 Hrs)
- MEDICINA GENERAL (08:00 a 20:00 Hrs)
- URGENCIAS (24 Hrs)
- LABORATORIO (08:00 a 20:00 Hrs)
- RAYOS X (08:00 a 20:00 Hrs)
- TRABAJO SOCIAL (08:00 a 20:00 Hrs)
- PSICOLOGIA (08:00 a 20:00 Hrs)
- LUDOTECA (08:00 a 14:00 Hrs)
- MODULO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR (08:00 a 20:00 Hrs)
- MEDICO GESTOR DE SEGURO POPULAR (08:00 a 20:00 Hrs)
- MEDICINA PREVENTIVA (08:00 a 14:00)

1.3 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL INTEGRAL COMUNITARIO DE CHERÁN

La información que a continuación se describe fue retomada del Manual de Operaciones del Departamento de Trabajo Social del Hospital de Cherán (2005).

Considerando al “Trabajador Social del Área de la Salud como la profesión orientadora al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos

para su atención y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y comunidades”.

1.3.1 ANTECEDENTES:

Con la iniciativa del actual gobierno del Estado y la gestión de la Secretaría de salud; se logra ampliar la plantilla de personal; entre ellos se contrata a una Trabajadora Social.

El 16 de mayo del 2003, se inaugura el Hospital Integral Comunitario de Cherán, por el entonces Gobernador Constitucional Lázaro Cárdenas Batel es entonces cuando se integran las 63 personas que fueron contratadas de los diferentes servicios que conforman la plantilla de la Institución, entre ellos a Trabajo Social. Tardamos algunos días en incorporarnos a las labores que a cada departamento correspondían debido a que éramos la gran mayoría de nuevo ingreso y no se sabía los lugares que ocuparíamos cada uno.

Posteriormente se envía a la P.L.T.S. Patricia Santaclara Rivera para la inducción al puesto al Hospital Regional de Uruapan, donde recibe orientación y capacitación para el manejo de atención en la consulta externa y el programa de Referencia y Contrareferencia.

Es en julio del 2003 cuando da inicio los servicios de hospitalización, y es cuando se visualiza aun más la importancia de la participación de Trabajo Social en el proceso salud- enfermedad, por las incidencias que ocurren día con día en este nosocomio.

El 1 de octubre de 2005 da inicio en el hospital el programa nacional vigente Seguro Popular, por tal razón se incrementa la demanda de servicios y se hace

indispensable la contratación de otra Trabajadora Social y es el 16 de marzo del 2006 cuando por medio del programa se realiza dicha contratación; la cual cubre el turno vespertino y así se amplía la atención de los servicios de Trabajo Social a los usuarios.

El Hospital Integral de Cheràn ha crecido a pasos agigantados y cada día las demandas de la población se vuelven más exigentes por obtener servicios de calidad y calidez, es por ello que el 13 de enero de 2007, llega a este nosocomio una Trabajadora Social de apoyo al departamento en jornada especial; sin embargo por cuestiones personales de esta compañera solicita su cambio al Centro de Salud de Uruapan, quedando el servicio de Trabajo Social de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs.

1.3.2 MISIÓN Y VISIÓN

MISIÓN:

Fortalecer en el paciente y su familia la responsabilidad en el cuidado de su salud; brindándole una atención con calidad, calidez y respeto a su entorno socio-cultural.

VISIÓN:

Conformar un equipo interdisciplinario y participar en la toma de decisiones, proponiendo alternativas de solución en beneficio del paciente.

1.3.3 OBJETIVOS:

Objetivo General.- El departamento de Trabajo Social promoverá servicios con calidad y calidez al usuario con la finalidad de fortalecer el proceso salud-enfermedad y reintegrar al paciente a su núcleo social y familiar de manera integral.

Objetivos Específicos:

- Promover la participación y capacitación de los usuarios en programas de salud ya establecidos; de una manera consciente y activa.
- Diseñar, fortalecer y promover estrategias metodológicas que ayuden en el proceso salud-enfermedad para que el paciente y su familia logren integrarse a la sociedad

1.3.4 ORGANIGRAMA:



FUENTE: Manual de Procedimientos de Trabajo Social del hospital de Cherán.

FUNCIÓN GENERICA

A continuación se describen actividades que se realizan dentro del área de Trabajo Social.

Como responsable del departamento de Trabajo Social las principales actividades que realizo son, ser parte del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), el cual supervisa que se dé la atención a nuestros usuarios con calidad, seguridad y responsabilidad, asistir a reuniones de responsables de Trabajo Social de todos los hospitales del estado y de la Secretaria de Salud con la finalidad de dar alternativas a situaciones que se presenten en cada una de las unidades a través de la investigación y de esta la derivación de las funciones siguientes, (planeación, ejecución, supervisión, evaluación).

Las actividades que realizo como Trabajadora Social son diversas tales como Gestión y Coordinación con otras unidades para la recepción de pacientes, canalización a laboratorios de gabinete a un menor costo, sabiendo que la gente que acude a nuestra unidad es de bajos recursos económicos.

Se realiza evaluación económica del paciente para determinar su cuota de recuperación y pueda egresar sin problemas.

Llevar a cabo diferentes Programas que se manejan dentro de la Secretaría de Salud y que son muy importantes para la mejor atención de nuestros usuarios.

Ser parte importante del equipo multidisciplinario para ayudar a resolver la problemática que presenta nuestro usuario y que este se pueda incorporar nuevamente a su vida familiar y social.

1.4 PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES.

La presente información se retoma del Manual de Referencia y Contrareferencia (2007) de la región otorgado por la Jurisdicción Sanitaria No. 5 de Uruapan, Mich.

1.4.1 ANTECEDENTES:

En 1985, el Modelo de Atención para la Salud planteaba estructurar un Sistema de Referencia y Contrareferencia como un enlace en la integración de la prestación de servicios por niveles de atención.

La Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud establecen en 1994, algunos mecanismos como son; INTEGRIDAD, COORDINACIÓN, INFORMACIÓN Y LA CAPACITACIÓN.

En 1995-2000, los Servicios de Salud establecen dentro del Programa de Reforma del Sector Salud que debe de existir un Sistema de Referencia y Contrareferencia, que contribuya al enlace entre las unidades operativas de los diferentes niveles de atención que conforman la Red de Servicios y que además permita dar una atención integral a los pacientes, de acuerdo a su complejidad de tal manera que el 1er Nivel resuelva el 85%, el 2º Nivel el 12% y el 3er Nivel el 3%.

A partir del año 2000 se inicia en la Jurisdicción No. 5 con un programa de trabajo en el que se conforman la Red de Unidades de Salud, a las que se les determinan funciones específicas a cada uno de los niveles, en esta Jurisdicción se cuenta con 48 unidades de primer nivel de atención dentro de los 14 municipios de responsabilidad, un hospital de segundo nivel de atención en Uruapan y uno más integral en la localidad de Cherán. Es importante mencionar que ya se estaban llevando actividades pero no con el orden que en la actualidad se lleva, por ello se conforma también, el Comité Jurisdiccional de Referencia y Contrareferencia con los titulares de las diferentes instituciones, donde se busca la integración con el primer y segundo nivel de atención.

En lo que respecta al Hospital de Cherán, en el 2005 se inicia el programa de Seguro Popular en el cual se da una afiliación a 3 mil familias de las cuales ninguna aplicó para pagar alguna cuota de recuperación y las cuales tienen derecho a 154 intervenciones de Salud, en el 2006 aumenta a 249, 2007 a 255 y del 2008 a la actualidad se tienen derecho a la atención médica de 266 enfermedades, así como el número de familias afiliadas a aumentado. Cabe señalar que al inicio del programa existía un apoyo económico bastante fuerte para cada uno de nuestros pacientes, sin embargo la gente que fue beneficiada con el Programa de Seguro Popular fueron familias a quien se les aplicó estudio socioeconómico por personal no calificado para realizar tal actividad por lo cual no existe ningún tipo de recuperación económica y el Seguro Popular a llegado a una crisis económica que no puede ya solventar los gastos de la población afiliada, por ello se ha visto fuertemente afectados nuestros usuarios que de alguna manera no tienen la posibilidad económica para solventar los gastos de sus padecimientos; situación que implica una mayor intervención de Gestión para el personal de Trabajo Social. El programa de referencia y contrareferencia dentro del seguro popular tiene una gran relación, ya que paciente que sea derechohabiente del Seguro Popular y que solicite los servicios del Hospital de Cherán, tendrá que llegar con el formato de referencia enviado por el médico de su unidad de salud, para que con ello se le pueda hacer valido dicho Seguro.

Sin embargo en los pacientes que nosotros enviamos a unidades de mayor resolución por la complejidad o gravedad de nuestro usuario y principalmente en menores de 5 años tenemos el respaldo del Seguro Popular en que nos apoyará en alguna Institución a nivel privado si así lo requiere por falta de apoyo en los hospitales de la Secretaría de Salud, siempre y cuando sea beneficiario de dicho programa.

Así como también en cuanto a recursos humanos esto sin duda a repercutido, debido a que al inicio del programa cuando personal de la institución salía por alguna incidencia (vacaciones, permisos, incapacidades, etc.) por parte de este se

contrataba a personal y se cubrían los servicios, por lo tanto los usuarios se veían beneficiados, también ha afectado a los recursos materiales, debido a que los insumos utilizados para poder brindar la atención médica se adquirían de las cuotas de recuperación que aportaban los pacientes y que desafortunadamente en la actualidad es mínima debido a que un 98% de la población que acude a recibir su atención médica cuenta con Seguro Popular y la cantidad que aportan es muy variable pero mínima.

1.4.2 OBJETIVOS

GENERAL: Fortalecer la atención médica integral y oportuna con calidad y calidez, mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrareferidos, comprometiendo a los diferentes niveles de atención.

ESPECIFICOS:

- 1.- Uniformar los mecanismos de operación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en las unidades de Salud.
- 2.- Lograr la coordinación y enlace entre las áreas administrativas y operativas de las unidades de salud de 1er y 2º Nivel de atención.
- 3.- Brindar a los pacientes referidos atención médica, integral y oportuna, facilitando el traslado de pacientes con urgencia médica.
- 4.- Proporcionar trato preferencial para obtener resultados favorables, para el paciente como para la unidad médica.

1.4.3 LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- La Jurisdicción Sanitaria es la encargada de vigilar el cumplimiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

- El paciente debe tener un trato preferencial en la unidad a la que fue referido evitando largos tiempos de espera para la consulta o diferimiento de la atención.
- En toda referencia y contrareferencia se debe requisitar la forma Sistema de Referencia y Contrareferencia en original y 2 copias.
- Debe existir constancia escrita de la referencia y contrareferencia en el expediente clínico, detallando de forma explícita y clara los aspectos médicos sin omitir ninguno de sus datos

1.5 AJUSTES AL PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES PARA EL MEJOR FUNCIONAMIENTO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL DE CHERÁN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN

Con el Sistema de Referencia y Contrareferencia, pretendemos que exista en esta zona de la meseta “Una Regionalización Operativa de los Servicios de Salud” que satisfagan de manera funcional las necesidades de los usuarios. Necesario es en este momento mencionar que nuestra Institución al contar con 6 especialidades básicas, requieren eficientar la atención de cada una de ellas y que no se subutilicen estos servicios con atención de medicina general.

Gracias a la buena participación de cada uno de nuestros médicos de esta institución y de los médicos de las unidades de 1er nivel estamos logrando la coordinación la cual nos permite dar un seguimiento de los casos y con ello obtener los beneficios del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

1.5.2 OBJETIVOS

GENERAL: Eficientar la Red de Servicios de Salud en nuestra área de influencia través del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes y con ello contribuir en la mejora de la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de nuestros usuarios.

ESPECIFICOS:

- Seguir impulsando la participación de cada uno de los médicos.
- Fortalecer la operación de los programas operativos.
- Proporcionar a través del Sistema de Referencia y Contrareferencia una atención integral al usuario.
- Proporcionar un directorio a las Unidades de Salud del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

1.5.3 METAS:

- Recibir el 100% de referencias del primer nivel.
- Contrareferir al 100% de los pacientes referidos del primer nivel de atención.
- Informar al primer nivel a través de copia de referencia cuando un paciente que ellos nos envían, es a su vez canalizado a otra unidad de mayor complejidad.
- Enviar spots de información a través de la radio para informar a la población de los servicios que otorga el hospital.

CAPÍTULO II PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En el presente capítulo se darán a conocer definiciones importantes que nos permitan tener el conocimiento de lo que es la salud, la enfermedad y el proceso que se tiene para que se dé la pérdida de la salud; además de cómo el trabajador social en el área interviene desde el punto de vista del método científico y no del conocimiento tradicional, que se tenía de este profesional.

2.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

A continuación argumentaremos las definiciones que nos ayudan a la comprensión del proceso salud-enfermedad debido a que una definición como tal no existe.

SALUD:

“La OMS la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad”. (R. Martínez; 1998: 51)

ENFERMEDAD:

“Se concibe como un proceso de desarmonía que se inicia en el medio ambiente y puede terminar en el individuo”. (Ibidem)

El hombre está sometido a la variación biológica constante, en tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas, etc., no admiten un modelo fijo, por ello desde el punto de vista biológico, la normalidad corresponde a las exigencias y necesidades de nuestra fisiología, en el contexto de nuestra ecología, lo cual no es tan fácil precisar, por ello la noción de la salud implica ideas de variación y de adaptación continua, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación. Entonces, no puede admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa, sino de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo.

Por lo tanto la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos. Debido a que la Salud y enfermedad, son dos grados extremos en la variación biológica, son pues la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total, un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente.

2.1.1 HISTORIA NATURAL Y SOCIAL DE LA ENFERMEDAD:

El proceso de la enfermedad o el estado de Salud en el hombre depende:

- a)** De la compleja interacción de estímulos entre el Agente, el Huésped y el Ambiente, elementos de la triada ecológica.
- b)** El conjunto causal que resulta de múltiples influencias, características, variaciones o factores de riesgo de cada uno de los tres elementos.
- c)** De la reacción o respuesta del huésped a los estímulos patógenos derivados de dicha interacción multicausal. (Ibidem)

El proceso de la enfermedad establece 2 momentos, el primero se realiza en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre, y comprende el periodo prepatógeno; el segundo, una vez que ha sido afectado, el periodo patogénico o curso natural de la enfermedad, ambos periodos constituyen la historia natural y social de la enfermedad.

2.2 PERIODO PREPATOGÉNICO

Este periodo comprende los factores de riesgo en relación con el agente, el huésped y el ambiente, como lo mencionan R. Martínez y Martínez(1998):

2.2.1 AGENTE

Es todo elemento, sustancia o fuerza animada o inanimada, cuya presencia o ausencia, estando en contacto efectivo con un huésped humano susceptible y en condiciones ambientales propicias, puede servir como estímulo (biológico, psicológico y social), para iniciar y perpetuar el proceso de enfermedad. El agente es el responsable directo de la enfermedad.

Los factores, en relación con el agente, que influye en la aparición de la enfermedad se clasifican en 5 grupos:

AGENTES FÍSICOS: Son aquellos factores ambientales (como radiaciones, temperaturas altas o bajas, humedad, ruido, energías eléctrica, traumatismos) que pueden originar enfermedades.

AGENTES QUÍMICOS: Las enfermedades que resultan de la exposición a sustancias químicas son tal vez las más frecuentes, pues casi todas las ocupaciones incluyen alguna actividad en la que usan estos factores de riesgo. Algunas son inocuas, otras son extremadamente peligrosas, dependiendo de su naturaleza química, propiedades físicas, tolerancia individual, concentración, duración y lugar de la exposición.

AGENTES BIOLÓGICOS: Algunos parásitos animales pueden parasitar en el ser humano produciendo enfermedades; en este grupo están los protozoarios y los metazoarios, bacterias, virus, parásitos vegetales.

AGENTES PSICOLÓGICOS: Los agentes psicológicos que causan enfermedades son: los conflictos, las frustraciones, las tensiones emocionales que los acompañan, como el cólera, miedo, angustia.

El desorden emocional y la enfermedad mental en sus diferentes grados son la reacción de la personalidad ante las múltiples tensiones del ambiente total, interno y externo. La actividad mental se desorganiza y el organismo se transforma en un enfermo, cuando las tensiones del ambiente externo o la gravedad de los conflictos emocionales internos son de tal naturaleza que destruyen la estabilidad constitucional o el desarrollo adecuado de la personalidad del individuo, también interviene la gravedad o validez de los conflictos que enfrenta.

AGENTES SOCIALES: Se entiende como agente social aquello que está relacionado con la interacción de los vínculos que forman las personas, con los grupos, comunidades, organizaciones y demás seres sociales. El hombre no vive sólo o aislado; la vida social es tan auténtica como la vida individual, y tiene, como esta, su propia biología.

Como individuo y como miembro de una familia y su colectividad, el niño y el adolescente están enlazados íntimamente, en estado de salud o enfermedad, con las condiciones de vida social presente en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en los grupos, en la comunidad, etc., y con las oportunidades reflejadas en los ingresos, vivienda, vestuario, alimentación, recreación, seguridad social, número de hermanos, estratificación social, etc.

En la sociedad moderna no hay un solo individuo que esté libre de la influencia de los grupos sociales. De estos grupos el primero es la familia, considerada como unidad de convivencia, no necesariamente desde el punto legal; los vecinos del barrio y los compañeros de escuela pueden también considerarse como grupos primarios. Más allá de éstos, están los grupos secundarios, que se constituyen bajo la base del sexo, edad, procedencia, intereses comunes, etc.

El grupo social tiene una conducta que en parte es transmitida y en parte aprendida, y que influye sobre la vida del niño y del adolescente moldeando su personalidad y su conducta individual; los grupos sociales tienen la importante función de transmitir la herencia social y cultural.

2.2.2 HUÉSPED

El huésped es el sujeto de una enfermedad, y de su individualidad biológica, psicológica y social depende de que sea factible enfermarse. Contiene los factores de susceptibilidad o de resistencia a las enfermedades como: herencia, inmunidad, grupo étnico, edad, sexo, hábitos, costumbres, ocupación y desarrollo de la personalidad.

2.2.3 AMBIENTE

Es todo aquello que existe fuera del organismo vivo, todo lo que nos rodea en el universo externo; es el medio físico, biológico y social (socioeconómico y cultural) en el cual el organismo vegetal o animal vive; incluye todos los factores o circunstancias externas ante los cuales los seres vivos reaccionan o pueden reaccionar. Estas circunstancias pueden influir en forma positiva o negativa en la actividad orgánica. El ambiente está compuesto por una multiplicidad de factores que pueden clasificarse en la forma siguiente: ambiente inorgánico o físico y geográfico, que incluye el clima, la topografía y todas las condiciones mecánicas e inertes que nos rodean; ambiente orgánico o biológico que incluye la flora, la fauna y todas las manifestaciones de la vida que tienen influencias sobre el individuo o el grupo; ambiente superorgánico o socioeconómico o cultural, que incluye todo lo que el hombre ha inventado como ser social.

2.3 CICLO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD

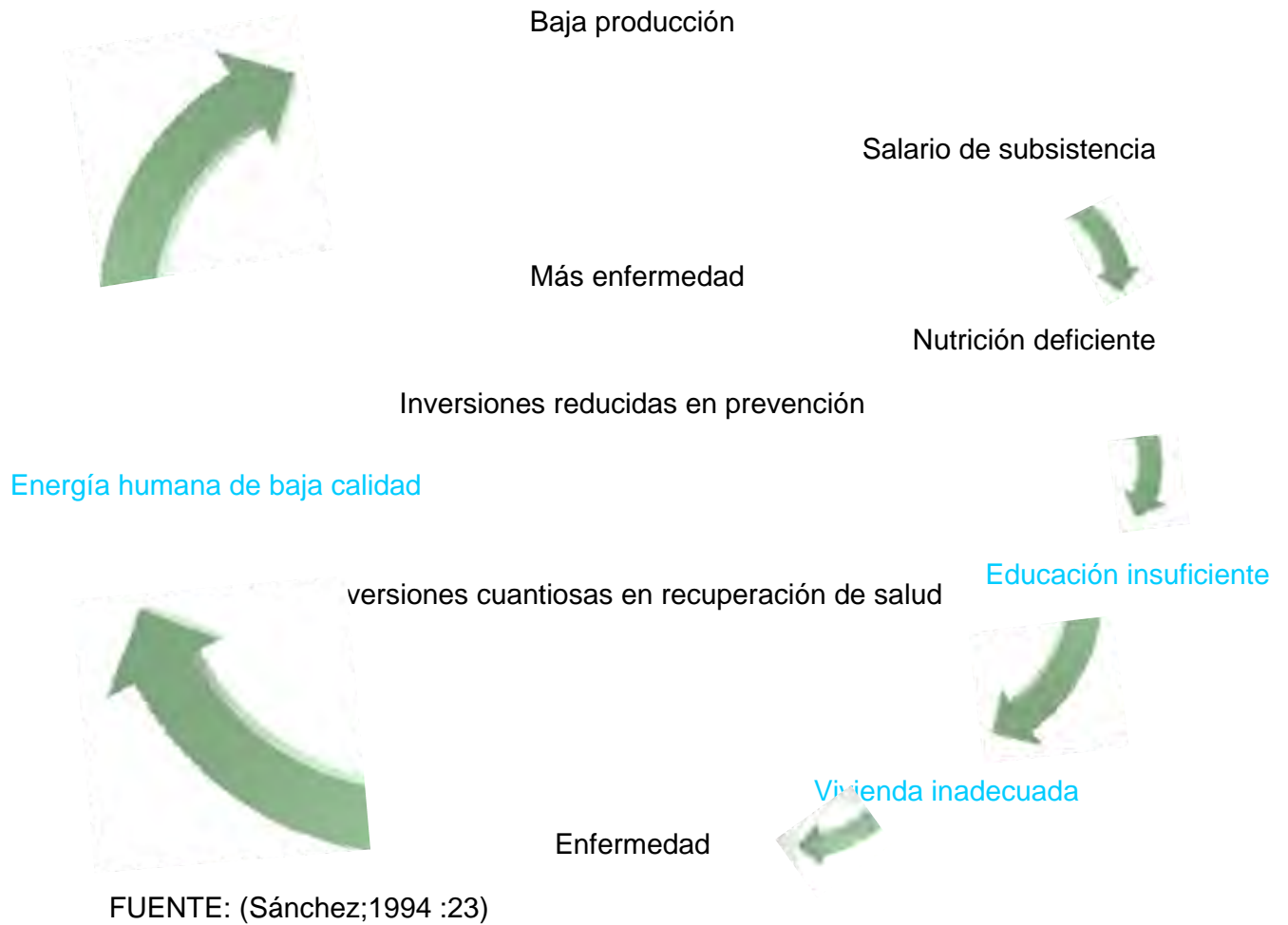
Todos sabemos que, mientras el crecimiento económico de una población no alcance para cubrir satisfactoriamente las necesidades de sus habitantes, es de esperar que los salarios alcancen niveles sólo de subsistencia, y esto determina una elevada prevalencia, de desnutrición, viviendas inadecuadas y una educación ineficiente, que puede traer esto si no enfermedad, y por ende disminución en la productividad por la baja energía humana. (Revista trabajo social N° 16:52)

“El éxito de un programa de salud será totalmente distinto si está integrado en un proceso social de desarrollo económico o si se aplica en un estado de estancamiento económico”, lo que indica que la mantención de la salud de una población no depende exclusivamente de las medidas específicas que adopte el sector salud, sino de las modificaciones de todos los factores estructurales que generan enfermedad.

El desarrollo económico lleva a una disminución de la natalidad y al aumento de los grupos de edades mayores, lo que significa un envejecimiento de la población y la necesidad de implementar servicios especiales para atenderlos, habiendo una prevalencia de enfermedades crónicas.

Esto indica que el desarrollo no necesariamente va acompañado por la desaparición de ciertas enfermedades sino que tiende a redistribuirlas y a provocar otras nuevas que, sin ser transmisibles, adquieren su relevancia.” (Sánchez; 1994:22)

2.3.1 DIAGRAMA DEL CICLO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD



2.4 NIVELES DE PREVENCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

R. Martínez y Martínez; 1998, señaló que los niveles de atención son los que a continuación se describen:

PREVENCIÓN:

Conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y sus riesgos, actuando sobre el ambiente y los individuos

2.4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA: Dirigida a evitar que la población corra el riesgo de enfermar para lo cual:

PROMUEVE; La salud mediante la educación sanitaria a fin de que la población asuma responsabilidades como agente de su propia salud.

PROTEGE: Evitando la ocurrencia de la enfermedad mediante actividades y medidas de prevención.

Tiene por objeto emplear estrategias de intervención basadas en el concepto de riesgo y evitar que se produzca el estímulo de la enfermedad.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Pretende mantener al individuo en estado de bienestar físico y mental, y en equilibrio con su ambiente; es decir, no se refiere a ninguna enfermedad en particular.

Comprenden todas aquellas medidas que se toman en el individuo, en la comunidad o en el medio, tendientes a evitar la producción de enfermedades en general.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA: Son medidas específicas en cada enfermedad con el fin de evitarla, sus objetivos son: utilizar las inmunizaciones específicas contra las principales enfermedades, aplicar la higiene personal, ingerir los nutrientes específicos, utilizar el saneamiento ambiental establecer medidas contra riesgos en la escuela y accidentes en el hogar, practicar el ejercicio físico adecuado, desarrollar programas de detección de enfermedades, visitar regularmente al médico para control, realizar campañas permanentes contra el tabaquismo alcoholismo y drogadicción.

2.4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Se refiere al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y a la limitación del daño de una enfermedad en evolución, para modificar las alteraciones progresivas: macromoléculas a células, tejidos y órganos, sistemas psicológicos y sociales, evitando lesiones orgánicas más graves que produzcan una mayor incapacidad.

2.4.3 PREVENCIÓN TERCIARIA:

Se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica para corregir, hasta donde sea posible, la incapacidad del daño producido para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad en la escuela o en el trabajo.

2.5 ATENCIÓN MÉDICA:

Conjunto de acciones directas y específicas destinadas a poner al alcance de la población los recursos de diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno y restaurador, y de la observación consecuente.

La cobertura y calidad de la atención médica están, desde luego, en relación con el desarrollo general del país; no es aconsejable invertir en exceso en la atención médica y descuidar los aspectos preventivos, se debe buscar el equilibrio que

impulse los programas de fomento y protección de la salud, en armonía con los de restauración y rehabilitación.

La atención médica del hospital es casi en su totalidad para la curación o rehabilitación; escasa importancia tiene la medicina preventiva, lo cual es una conducta errónea, porque el hospital es un buen lugar para orientar a la población, tanto la de consulta externa como a los internos y sus familiares, sobre hábitos higiénicos y prevención de enfermedades.

Algunas de nuestras comunidades piensan que sus problemas de salud se resolverían si se les instalara un hospital; sin embargo es bien sabido que estos problemas no se pueden resolver exclusivamente con instalar camas por que aunque contemos con un hospital las camas están subocupadas; nuestros patrones de conducta conciben al hospital como una institución a la que se acude cuando casi se está desahuciado, la existencia de un edificio no basta para una atención de buena calidad o por que las instituciones no están debidamente integradas en sistemas de atención por niveles.

2.5.1 NIVELES DE ATENCIÓN

a) PRIMER NIVEL: Se refiere al primer contacto de la población con los servicios de salud que sólo disponen de recursos limitados, pero que se estima pueden resolver hasta un 85% de los problemas médicos comunes.

Este nivel tiene básicamente carácter promocional, educativo, de protección específica y de atención de enfermos que requieren de una medicina simplificada.

ACTIVIDADES:

- Vigilancia epidemiológica.
- Detección oportuna de enfermedades crónicas.
- Planificación familiar.
- Control del embarazo.
- Apoyo al control sanitario y a la vigilancia del ambiente.
- Promoción del saneamiento.
- Capacitación de la población en el cuidado de su salud.
- Referencia de pacientes al 2° o 3er nivel de atención.

b) SEGUNDO NIVEL: Es el que atiende problemas no resueltos en el primer nivel; cuenta con mayores recursos de diagnósticos y terapéuticos para padecimientos no muy complejos y que pueden requerir hospitalización, cuenta con las especialidades básicas: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna, y que se considera que en este nivel de atención hay una resolución del 12% de las patologías.

c) TERCER NIVEL: Comprende a hospitales e institutos que tienen recursos sofisticados para la atención de casos complejos, no resueltos en el segundo nivel (3%), cuenta con superespecialidades y además realizan importantes labores de docencia e investigación.

Esta organización piramidal permitiría una utilización racional de los recursos, evitando que personal altamente especializado atienda casos simples, posibles de solucionar por médicos generales; haciendo al mismo tiempo accesible a la población que lo requiera, los servicios de segundo y tercer nivel, sin mayores dificultades, a través de mecanismos ágiles de referencia entre los tres niveles.

Para que dicho sistema funciones es necesaria la infraestructura y sistemas adecuados de adiestramiento, de supervisión y de logística.” (Sánchez 1994:52)

2.6 SALUD PÚBLICA.

“Es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, así como fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, el desarrollo de un mecanismo que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud”. (Revista trabajo social;No16: 52)

“Es el conjunto de conocimientos y técnicas de la medicina y de otras disciplinas, que tiene como propósito la conservación, la restauración y mejoramiento de la salud de los grupos y las poblaciones”. (Antología unam 1992:1).

2.6.1 PROPÓSITO DE LA SALUD PÚBLICA:

1° Ubicar el objeto de estudio de la SP, las disciplinas o herramientas que la auxilian y el campo de acción que ofrece.

2° Jerarquizar y dar prioridad a los problemas de salud “. (Sanchez;1994:7)

2.6.2 FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA:

1.- “PROMOCIÓN DE LA SALUD: (Educación para la Salud y Nutrición).

2.- PROTECCIÓN DE LA SALUD:(Control o erradicación de la enfermedad, Saneamiento).

3.- RESTAURACIÓN DE LA SALUD: Atención Médica

4.- REHABILITACIÓN DE LA SALUD

5.- REHUBICACIÓN SOCIAL.”

(Sanchez; 1994:10)

2.7 EQUIPO DE SALUD

“Los integrantes del equipo de salud son todos los técnicos, administrativos y auxiliares, indispensables para realizar el programa de salud y aquellas funciones de organización comunal que sean necesarias para el mejor desarrollo del programa. Las funciones del equipo están determinadas, por los objetivos del programa que no pueden ser otros que los de salubridad.

Es el conjunto de técnicos y administrativos trabajando armónicamente en un programa de salud con objetivos precisos y en el que cada cual tiene una responsabilidad determinada.”(San Martín;1985:93)

2.7.1 EL PAPEL DEL MÉDICO:

El profesional ocupado primordialmente en el tratamiento de los casos individuales, siempre dispuesto a atender los llamados del grupo que controla habitualmente.

El médico general no se limita a atender determinada patología, sino que asume la responsabilidad de dar asistencia médica general a cualquier enfermo que la solicite, este médico debe de poseer los conocimientos teóricos, prácticos indispensables para atender las necesidades normales de su colectividad en materia de asistencia médica.

El médico general es un profesional con sólida preparación científica basada en conocimientos de patología, clínica terapéutica y medicina preventiva.

La prevención de la enfermedad tiene que ser la meta de todo médico.

Los médicos y el personal sanitario deben de trabajar en equipo o al menos en cooperación. El individuo y la comunidad deben participar en el proceso de mejorar la salud.

2.7.2 EL PAPEL DE LA ENFERMERA

La Asociación Americana de Enfermeras define a la enfermería como; la iniciación y ejecución de una manera independiente de cualquier acción de carácter profesional en materia de observación, cuidados y asesoramiento de los pacientes, lesionados o enfermos, en la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades y en la supervisión y enseñanza de otro personal auxiliar de la enfermera.

ENFERMERA HOSPITALARIA

“La enfermera hospitalaria o clínica forma parte del equipo de atención médica curativa. Si la labor del médico es importante en el diagnóstico e indicación del tratamiento al enfermo, la aplicación correcta y la ejecución de esas indicaciones tiene igual valor para la vida del individuo; pero no solo es el cuidado de los enfermos su misión, también debe ser una educadora del paciente en higiene personal y una orientadora de la familia en la protección y conservación de la salud.” (Ibídem).

2.7.3 EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Es la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, grupos y comunidades.

2.8 PERFIL IDEAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

2.8.1 ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA HOSPITALARIA

En 1903, Richard Cabot, era médico de dispensario y se puede dar cuenta que en más de 50% de los casos un tratamiento racional era imposible sin un conocimiento exacto de la situación económica del enfermo y, más aún de su

psicología, de su carácter, de su pasado mental y laboral, de todo lo que había contribuido a colocarlo en su situación presente, o entregarlo así a la enfermedad, a la desesperación, a la inquietud.

Es entonces cuando se crea la necesidad de una inspectora a domicilio, de una inspectora social para completar mi diagnóstico que estudiará más profundamente la enfermedad y su situación económica para ejecutar el tratamiento ordenado y organizando los recursos de la institución.

En 1905, entro al Hospital de Massachusetts, la primera inspectora social retribuida (Miss Garnet Pelton), con el objeto de profundizar y extender nuestro conocimiento acerca del enfermo, obteniendo con ello un mejor diagnóstico y en segundo lugar, tratar de atender a sus necesidades económicas, mentales y morales; esto se lograba con la participación de 13 voluntarias, entre las que destaco Ida M. Cannon, quien la sucedió.

Ida M. Cannon, elevo el servicio a la categoría de departamento, y en 1918, creó la Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios.

Cabot entiende que la función principal de la inspectora social es “ocuparse atentamente de todas las necesidades del individuo (dar y recibir). El acto de dar crea la dependencia por que se atrofia la iniciativa moral y laboral, no niega la necesidad de dar frente a situaciones de emergencia, pero agrega:

EL DONATIVO MÁS PRUDENTE QUE CONOZCO, EL QUE ES MÁS SEGURO QUE SE PERPETUE, QUE GERMINA COMO UNA SEMILLA, ES LA ENSEÑANZA.

Es aquí precisamente, donde se centra la labor del Trabajador Social con la acción educativa; “Tenemos la esperanza de enseñar a las gentes como pueden evitar los desastres causados por la enfermedad, debe enseñar en el mismo lugar donde esos desastres se producen, es decir, en el Hogar”. Hacer comprender al enfermo que su restablecimiento depende en gran parte de los esfuerzos que el mismo haga para vencer la enfermedad, con su higiene personal y la higiene de su medio ambiente.

Para educar, se requiere de la INVESTIGACIÓN, investigación de las causas de la enfermedad. Determinar el motivo por el cual se recurre a la consulta médica, las actitudes frente a la enfermedad y las relaciones que mantiene el enfermo con su familia.

Hay que presentar un gran número de cadenas:

1º la cadena de los hechos médicos, los cuales conducen al diagnóstico.

2º la cadena de los hechos sociales; realizar una ficha de historia social.

3º la cadena formada por los hechos que interesan al enfermo y a otros miembros de la familia.

4º la cadena de la herencia

¿Por qué el enfermo se nos ha presentado hoy?

El Trabajador Social antes de sugerir una solución debería preguntar al paciente cuál es, el mejor medio de salir de su dificultad.

Algo que todavía no está lo suficientemente internalizado es la relación médico-trabajador social y es algo de suma importancia que se establezca.

Primero es importante que la trabajadora social sea claramente reconocida como miembro importante de la institución de la que forma parte, pues es miembro del equipo de salud y uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento. La trabajadora social debe tener ciertos conocimientos médicos, lo que no quiere decir que deba imitar al médico en sus exploraciones científicas.

Entre los atributos de un Trabajador Social destaca “un carácter agresivo frente a la enfermedad, una actividad mental de jefe, y una educación especializada frente al enfermo. El trabajador Social Hospitalario es “el interprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población.” (Kisnerman;1978 pag)”

DEFINICIÓN: Es el profesional del equipo de salud, que a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la prevención y atención de la salud; tomando como marco los tres niveles de atención.

2.8.2 OBJETIVOS:

“OBJETIVO GENERAL: El profesional de esta área deberá estar capacitado para participar en equipos interdisciplinarios de salud, en donde desarrollará actividades de administración departamental de trabajo social, investigaciones sociales requeridas para la operatividad de los programas de promoción, educación, protección y restauración de la salud; así como en la organización de grupos y, en general, de la población, para que participen en proyectos y acciones específicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, con relación a un contexto social determinado.

2.- Identificar las políticas de Estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.

3.- Participar en la planeación, la ejecución, el control y la evaluación de los programas y proyectos que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.

4.- Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen, consciente y activamente, en los programas de salud.

5.- Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.” (Manual de procedimientos de Trabajo Social del Hospital de Cherán 2005)

2.8.3 FUNCIONES PARTICULARES: Lo que permitirá al trabajador social especializado, realizar las funciones de:

INVESTIGACIÓN:

- Identificación de factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios de salud.
- Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.
- Estimar el costo social de los programas-proyectos de salud
- Hacer estudios de prospectivas sociales para la educación para la salud en México.

ADMINISTRACIÓN:

- Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud.
- Participar en las estimaciones de presupuestos y costos de la salud en general.
- Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.
- Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.

- Buscar la optimización de la eficiencia y recursos intrainstitucionales.

- Controlar los procesos administrativos y servicio de trabajo social.
- Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad de ésta.
- Mantener una constante supervisión, asesoría a programas específicos.

EDUCACIÓN:

- Mantener a la población informada, sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- Impulsar la educación para la salud física y mental.
- Promover la paternidad responsable.
- Incrementar la participación comunitaria en el mejoramiento del saneamiento ambiental.
- Movilizar a la comunidad para obtener recursos en pro de la salud.
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.
- Promover campañas de de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, en el hogar, etcétera.
- Participar en campañas comunitarias de salud.
- Realizar estudio de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.
- Organizar a la población de las comunidades para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.

SISTEMATIZACIÓN:

- Analizar el conjunto de los casos atendidos, para confirmar indicadores del perfil del usuario.
- Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.

- Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.
- Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida.
- Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.
- Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social.

CONOCIMIENTOS, CAPACIDADES, HABILIDADES Y ACTITUDES

CONOCIMIENTO DE:

- La metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales.
- El desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina.
- La legislación y los sistemas de seguridad social en México.
- La educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales.
- La evolución del trabajo social en esta área, su teoría, su metodología y práctica específica.

CAPACIDADES PARA:

- Desarrollar diseños de investigación.
- Dominar aspectos administrativos de planeación, supervisión y coordinación de programas sociales.
- Participar interdisciplinariamente en los programas de salud.
- Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría en trabajo social en esta área.
- Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.

HABILIDADES Y DESTREZAS EN:

- Identificar la estructura jurídica administrativa del sector salud.
- Identificar políticas de Estado en lo que se refiere a esta área; así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas.
- Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria.
- Utilizar las técnicas de comunicación y educación social.
- Utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista.

ACTITUDES PARA:

- Mantener el apego a las políticas institucionales.
- Ser responsable de la información de la institución.
- No sobrepasar el dominio de las atribuciones.
- Ser solidario con el equipo de trabajo.
- Respetar la delimitación de los campos profesionales.
- Mantener el secreto profesional.
- Tener conocimiento y control de sí mismo.
- Mantener interés en la superación personal y profesional.
- Tener espíritu de servicio.
- Ser crítico, objetivo y justo.
- Respetar la dignidad humana.
- Crear compromiso profesional con la población.
- Adecuar los términos de comunicación a nivel de la población atendida.
- Respetar la decisión de las personas en la solución de sus problemas.

2.9 NIVELES DE INTERVENCIÓN

2.9.1 TRABAJO SOCIAL DE CASO:

Es la técnica que ayuda al individuo a superar una crisis requiere de mayor tiempo y de menos rendimiento en cantidad. Es el único método que puede ser empleado para la atención de problemas del individuo que socialmente son enormes.

2.9.2 TRABAJO SOCIAL DE GRUPO:

Es aquel método que propone el desarrollo de la personalidad a través de experiencias y actividades en común con otros individuos y que tienen como meta incorporar a la comunidad individual que contribuyan a su progreso, a través de las experiencias el individuo aprende a deliberar, a respetar las mayorías, a aceptar diferentes puntos de vista, a capacitarse para participar activamente en la vida colectiva y la conformación de líderes.

2.9.3 TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO:

Es el proceso educativo por el cual se estimulan las iniciativas, de individuos y de grupos a fin de lograr un mayor bienestar colectivo.

Las Naciones Unidas definen a la organización de la comunidad; como el proceso de adaptación de cambio, pero de cambio hacia las metas positivas de un pueblo o de una localidad.

La comunidad necesita de los esfuerzos cooperativos a través de la participación activa de sus miembros.(San Martín;1985:714

Al concluir el capítulo se observa la importancia y valiosa participación que tiene el trabajador social en el equipo interdisciplinario de la institución, por lo tanto lograremos a través de nuestra intervención que la atención a los usuarios se dé oportuna, con calidad y calidez.

2.10 EDUCACIÓN CONTINUA ABORDADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Un programa de educación continua, permitirá lograr los beneficios tanto en el desempeño de nuestro quehacer profesional como en el mejoramiento de la prestación de servicios, identificando problemáticas sociales de los usuarios, que nos lleva a poder implementar programas de capacitación y educación continua, lo cual conlleva un compromiso del profesional en Trabajo Social: de actualizarse y especializarse para que logre la potencialización de sus habilidades y conocimientos, reafirmando los ya desarrollados.

Con base en esto el profesional de Trabajo Social, tendrá las herramientas básicas para mejorar el diseño de los modelos establecidos, basado en sus propias necesidades, lo cual le permitirá un incremento en la eficiencia de su desempeño. El Trabajador Social como parte importante del equipo de salud, está comprometido consigo mismo y con la institución, pero sobre todo con la atención profesional de los usuarios de los servicios de salud, por lo tanto debe permanecer en una constante actualización y conocer ampliamente a la población demandante para poder trabajar con ellos en la sensibilización de la importancia de cuidar la salud y valorar la atención que se le brinda dando como resultado un costo-beneficio en la calidad de los servicios, costos bajos y optimización de recursos, pero sobre todo establecer criterios que le permitan normar su actuar profesional, todo ello lo llevara a contribuir al fortalecimiento del sistema de salud y así lograr la eficiencia en la calidad de los servicios.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

Para efectos del presente capítulo considero importante dar a conocer conceptos fundamentales de manera que nos ayuden a la mejor comprensión del mismo.

METODOLOGÍA: Es el conjunto de métodos que nos brindan los instrumentos y técnicas para accionar en un contexto determinado.

METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL: Comporta el estudio de los métodos y técnicas para conocer, para programar, para actuar, para evaluar.

Al indagar diferentes metodologías observamos que donde encuadra la experiencia es en la de MA. DEL CARMEN MENDOZA RANGEL, de la cual se retoman elementos básicos para la elaboración del presente trabajo y es la INTERVENCIÓN; en la que se logra planear una serie de acciones que inciden en el objeto de intervención y se cumple de la siguiente manera.

- 1.- CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN: Delimitación, Jerarquización y Priorización.
- 2.- PLANEACIÓN: Estrategias y Técnicas.
- 3.- PROGRAMACIÓN: Especificación de áreas, objetivos, metas, recursos, tiempos.
- 4.- EJECUCIÓN: Definición de funciones, Coordinación y Dirección.
- 5.- SUPERVISIÓN: Observación, Entrevista, Talleres, Reflexión.
- 6.- EVALUACIÓN: Análisis, Reflexión y Cuantificación.

El programa de referencia y contrareferencia es un instrumento muy importante, que nos permite conocer los servicios con los que cuenta la región y se pueda referir al paciente al lugar más cercano, que cuente con lo necesario para poder solucionar el problema que se presente; así como también dicho programa fue valorado y analizado para adaptarlo a la institución y poder brindar una mejor atención al paciente y su familia, logrando con ello mejorar la calidad de vida e incorporarlo nuevamente a su núcleo familiar y social.

3.1 Propuesta Metodológica de Ma. Del Carmen Mendoza Rangel

Para que se pueda lograr el conocimiento, Ma. Del Carmen Mendoza Rangel propone conocer la historia y la realidad de la sociedad, en la que debe de intervenir un sujeto individual, grupal o colectivo que tiene la necesidad de satisfacer sus demandas por medio de sus capacidades de organización y movilización.

El trabajador social debe de intervenir a través de la ORIENTACION, ORGANIZACIÓN Y MOVILIZACION herramientas con las que la población puede enfrentar sus necesidades y buscarle solución.

El conocimiento de la realidad se lograra por 3 etapas fundamentales:

LA INVESTIGACIÓN: Esta etapa se da por medio de las relaciones sociales que la población establece con el objeto de intervenir a través de la observación, los recorridos del área, las entrevistas, la recolección de datos bibliográficos como son la revisión de archivos, actas, fuentes estadísticas, con el que definiremos el tema que se investigara y las causas que determinan el problema.

LA SISTEMATIZACIÓN: Es la recuperación de la experiencia profesional que permiten entender y comprender los fenómenos y las formas lógicas del pensamiento como son: conceptos, juicios, razonamientos, ideas, hipótesis, leyes, teorías, con esto podremos hacer la descripción, ordenamiento, clasificación, análisis y conceptualización de los hechos encontrados.

LA INTERVENCIÓN: La plantea como la fase final con la que nos acercaremos a la realidad y podamos lograr una intervención transformadora en la problemática presentada por medio de las siguientes etapas:

CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN: Que representa la síntesis de todo el proceso. Marca las necesidades prioritarias y su explicación cuantitativa y su explicación cuantitativa y cualitativa, el grado de extensión del fenómeno y su viabilidad de solución.

PLANEACIÓN: Integra todos los programas y proyectos de la acción general, en donde se definen las líneas generales de la intervención, sus estrategias, las distintas fases del desarrollo del proceso de intervención, las metodologías a utilizar como un conjunto de propuestas que guíen las acciones específicas, así

como los esfuerzos y recursos necesarios para la acción. Los inventarios los mapas, los cuadros el plan general, etc. Son instrumentos útiles de la planeación.

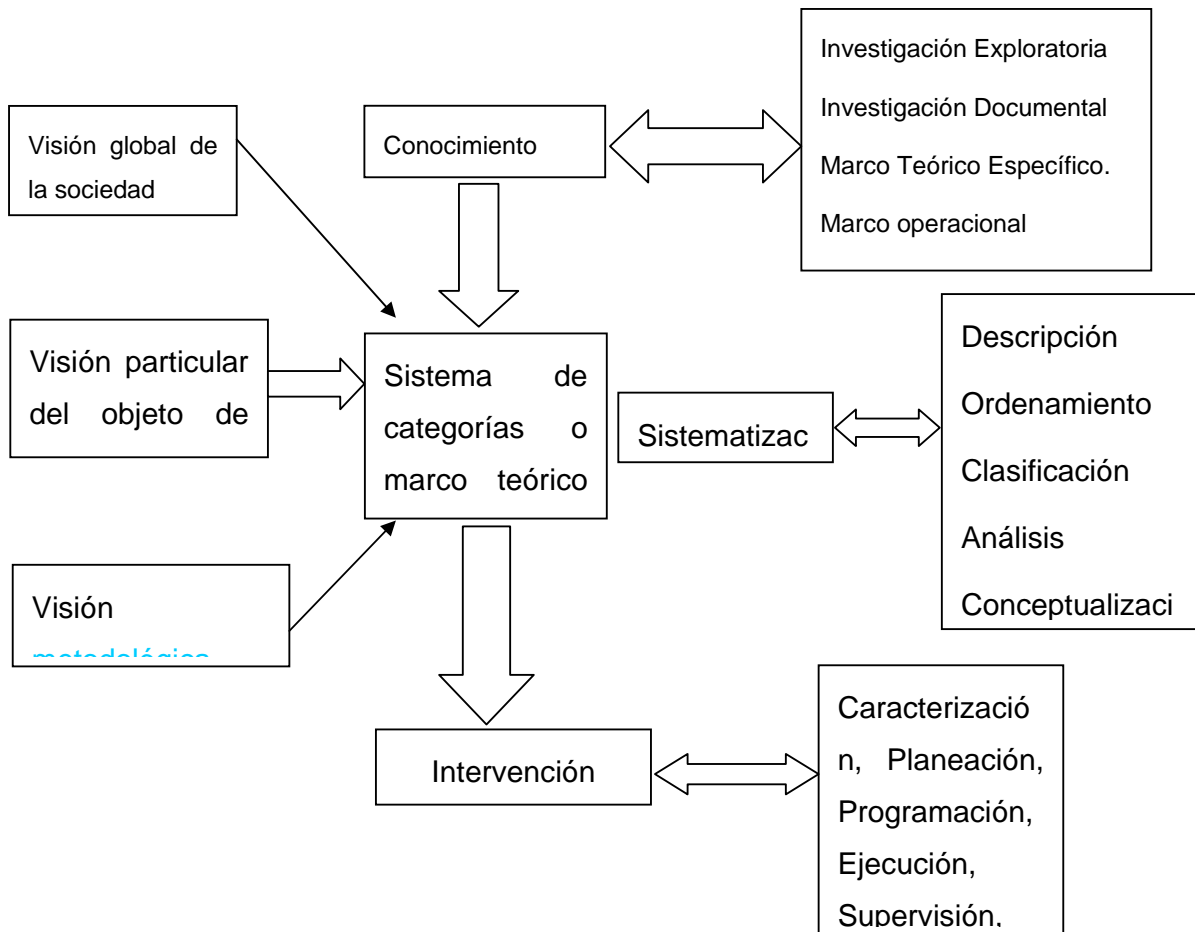
PROGRAMACIÓN: Es la acción específica que delimita áreas determinadas de intervención, delimita objetivos de acuerdo a las necesidades específicas y define los tiempos adecuados, los recursos con que se cuenta y las actividades que van a ser realizadas, especifica el tipo de técnicas e instrumentos a aplicar y los resultados cuantificados como metas que se espera desarrollar. El programa específico, las rutas críticas los diagramas, los fluxogramas, y los pert son de gran utilidad en este momento.

EJECUCIÓN: Es la fase de la realización de los proyectos que se da sobre la base de organización de la población y de los espacios; de la delimitación de las funciones, la delimitación de las responsabilidades y la delimitación de los canales de coordinación y comunicación de los distintos elementos que intervienen en el proceso. Los instrumentos son: manuales de funciones organigramas, guías y procedimientos para la información, así como las técnicas de reflexión que pueden ser reuniones, talleres, entrevistas, etc.

SUPERVISIÓN: Es la acción que tiene la responsabilidad de vigilar la correcta marcha de los proyectos haciendo una valoración general de los aciertos y los errores en la ejecución del programa.

EVALUACIÓN: Es la actividad que valora y mide las acciones del proyecto, el cumplimiento de los objetivos, de las metas, la debida utilización de los recursos y el cumplimiento de las funciones de los profesionales.

EL PROCESO METODOLÓGICO EN TRABAJO SOCIAL



FUENTE: Monserrat V. González Montaña

3.2 Fases Metodológicas Desarrolladas en la Intervención

Este programa no tiene referencia metodológica como tal, pero se asemeja a una de las etapas metodológicas del proceso de MA. DEL CARMEN, MENDOZA RANGEL, que es la de INTERVENCION. esto ubicándolo a partir del diseño y operación del manual y de la revisión metodológica dada en los talleres

La fase metodológica que se va a presentar se realizará a través de un cuadro, en que presentare los siguientes datos importantes para su mejor comprensión y análisis del caso: Fases de la Intervención, Actividades desarrolladas e Instrumentos utilizados.

FASES	ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS
CARACTERIZACIÓN	<p>El programa de referencia y contrareferencia, es un programa diseñado a nivel nacional y que es dado a conocer a todas las unidades de salud a través de sus Jurisdicciones. El Hospital Integral de Cherán pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No. 5 de Uruapan siendo ella quien proporciona la información, con la finalidad de atender al paciente con calidad y calidez, atención oportuna y eficiencia en todo el proceso de su atención médica.</p> <p>Dicho programa maneja que el 85% de los padecimientos se atenderán en las unidades de 1er nivel, el 12% se atenderá en el 2º nivel de atención y el 3% en las unidades de tercer nivel, observando en esta institución que la atención que se da en este nivel es a la inversa.</p> <p>Al observar esto se hace necesario diseñar estrategias que permitan poder brindar esta atención a los usuarios por ello el Hospital Integral de Cherán con las 5 especialidades básicas que cuenta requiere efficientar la</p>	<p>1.- Forma de SRC</p> <p>2.- Diagnóstico del paciente</p> <p>3.-Recursos Materiales y Humanos.</p>

	<p>atención de los especialistas y que no se subutilicen estos servicios otorgando atención médica general originando esto en el diseño de un manual de operacionalización de los servicios regionales de salud para fortalecer el programa de referencia y contrareferencia, obteniendo con ello una mejora en la calidad de los servicios médicos.</p> <p>El Hospital Integral de Cheran, atiende 7 Municipios de la región con 29 localidades que acuden a solicitar la atención médica, con el manual de operación lo que pretendemos es que los usuarios que lleguen a solicitar nuestros servicios acudan con referencia y con ello se pueda lograr una mejor atención de calidad.</p> <p>1.- DELIMITACION: Paciente llega referido de su unidad de salud (Centro de Salud o Unidad Médica Rural IMSS Oportunidades), a nuestra institución, requiere ser valorado por un especialista o es necesaria la realización de estudios de gabinete.</p> <p>De igual manera nuestra</p>	
--	--	--

	<p>institución realiza referencias a unidades de mayores recursos cuando no se tiene lo necesario en nuestro Hospital.</p> <p>2.- JERARQUIZACIÓN: Dentro del programa de Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes se da la recepción de referencias electivas y recepción de referencias de urgencias, por nuestra institución respecto a las referencias captadas del 1er nivel, como las referencias que nosotros enviamos a unidades de mayores recursos.</p> <p>3.- PRIORIZACIÓN: Se da prioridad a aquellas referencias en nuestra unidad o de nuestra unidad a otra por no contar con el servicio o especialidad que requiere el paciente y que ponga en peligro su integridad humana.</p>	
PLANEACIÓN	<p>Se realiza el manual de operacionalización de los servicios regionales de salud para fortalecer el programa de referencia y contrareferencia de pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al 	Manual de Operacionalización de los Servicios de Salud del HICH

	<p>personal médico y paramédico al respecto de este programa, enfocando la atención en la problemática detectada para su corrección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la coordinación entre las diferentes unidades para la resolución de la problemática. • Realizar la difusión/información a los familiares del paciente. • Se cuenta con el directorio de regionalización de los Servicios de Salud para enviar adecuadamente al paciente y darle solución a su problema. Anexo 1 • Difusión por medios de comunicación accesibles. • Definir los horarios de las 	
--	---	--

	especialidades.	
PROGRAMACIÓN	<p>ESPECIFICACIÓN DE ÁREAS:</p> <p>INTRAMUROS:</p> <p>El Hospital Integral de Cherán, es una institución prestadora de servicios de salud la cual cuenta en la actualidad con las siguientes especialidades:</p> <p>CIRUGIA: 09 a 20 Hrs. consulta externa (lunes a domingo)</p> <p>QUIROFANO: Lunes de 09 a 20 hrs.</p> <p>GINECO-OBSTETRICIA: 09 a 20 Hrs. Consulta externa (lunes a domingo)</p> <p>QUIROFANO: Martes y Jueves de 09 a 20 hrs.</p> <p>TRAUMATOLOGIA: 09 a 14:30 hrs (lunes a viernes)</p> <p>QUIROFANO: Miércoles de 09 a 14:30 hrs</p> <p>PEDIATRIA: 09 a 20 hrs Consulta externa. (lunes a domingo)</p> <p>MEDICINA INTERNA: 09 a 20 hrs. Consulta externa (lunes a viernes)</p> <p>MEDICINA GENERAL: 08 a 20 hrs (lunes a viernes)</p>	Manual de Operacionalización de los Servicios de Salud del HICH.

	<p>DENTAL: 07 a 20 hrs (lunes a domingo)</p> <p>URGENCIAS: 24 Hrs.</p> <p>RAYOS X: 08 a 20 Hrs (lunes a viernes)</p> <p>LABORATORIO CLINICO: 07:30 a 20 Hrs. (lunes a domingo)</p> <p>TRABAJO SOCIAL: 08 a 20 Hrs (lunes a viernes)</p> <p>PSICOLOGIA: 08 a 20 hrs. (lunes a viernes)</p> <p>LUDOTECA: 10:00 a 12:00 (martes y jueves)</p> <p>OBJETIVOS:</p> <p>GENERAL: Eficientar la Red de los Servicios de Salud en el área de influencia del HICH a través de la referencia y contrareferencia de pacientes para contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud.</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <p>1.- Fortalecer la operación de los programas operativos y mejorar el impacto en la prevención y control de las enfermedades más frecuentes según el ámbito de responsabilidad de cada unidad</p>	
--	--	--

	<p>de salud rural.</p> <p>2.- Proporcionar a través del sistema de referencia una atención integral al paciente.</p> <p>3.- Participación social en la identificación de los diferentes niveles de atención y perspectiva de sistema de referencia y contrareferencia para una mayor oportunidad y calidad en su atención.</p> <p>METAS:</p> <p>DE INFORMACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita de información del proyecto a los municipios de donde nos refieren • Visita de información y coordinación con las autoridades jurisdiccionales para el acuerdo e implementación de este proyecto. • Reuniones de información entre las localidades del área de influencia. • 100 spots de información a través 	
--	---	--

	<p>de la radio para informar a la población de los servicios que otorga el hospital.</p> <p>DE OPERACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr el mayor número de consultas posibles diarias específicas por especialidad en el Hospital. • Recibir el 100% de referencias de 1er nivel. • Contrareferir al 100% de los pacientes referidos del 1er nivel de atención. • Informar al 1er nivel a través de la copia de la forma de referencia cuando un paciente que ellos envían es a su vez canalizado a otra unidad de mayores recursos. <p>RECURSOS:</p> <p>HUMANOS: Dirección, Médicos, pacientes, Chofer, Trabajo Social.</p>	
--	--	--

	<p>MATERIALES: Forma de SRC, Anexo 2 Ambulancia, Teléfono</p> <p>TIEMPOS:</p> <p>DE LUGAR: Tendrá verificación en el área de influencia del HICH, involucrando a las unidades de salud de 1er nivel de atención y sus áreas de responsabilidad.</p> <p>DE UNIVERSO: Los habitantes de la región que en su momento serán beneficiados, aunque algunos cuentan con seguridad social ya que estas regionalmente no se encuentran al alcance.</p>	
ORGANIZACIÓN/ EJECUCIÓN	<p>DEFINICIÓN DE FUNCIONES: RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deberá de asistir a las reuniones jurisdiccionales de capacitación y organización para las mejoras de este programa. • Orientar al personal de su institución sobre los acuerdos y compromisos 	MANUAL

	<p>tratados.</p> <p>PERSONAL OPERATIVO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Que se valore al paciente.• Que se llene la forma sistema de referencia y contrareferencia en original y 3 copias• Realizar estudio socioeconómico a pacientes que presenten problemas que obstaculicen la atención oportuna.• Establecer comunicación con el personal del hospital al que se va a referir.• Llevar un registro actualizado de los pacientes que nos refieren o que referimos a unidades de mayores recursos. <p>Anexo 3</p>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar la contrareferencia correspondiente. 	
SUPERVISIÓN	<p>Se llego a la conclusión de que se estaba dando atención de Medicina General a través de los registros que elaboran los médicos (hoja diaria de consulta externa y de urgencias), además de que venían sin hoja de referencia (Anexo 4), eso nos indicó que no acudían a su unidad de salud, informándoles/orientándoles la importancia de acudir a su unidad de adscripción y traer la respectiva forma ya que sin ella no se les proporcionara atención médica con excepción de las urgencias.</p> <p>La función principal que se realiza en esta etapa es verificar que las referencias que nos envían las unidades de primer nivel diarias, sean contrareferidas por el médico, de no ser así se regresa el expediente al médico para que llene la forma.</p>	<p>Formatos de Referencia y Contrareferencia de Pacientes</p>
EVALUACIÓN	<p>Se hace una evaluación mensual que se presenta a las oficinas de</p>	<p>FORMATOS (ver anexo 5)</p>

	<p>la Secretaría de Salud a nivel Central (Morelia) y a la Jurisdicción Sanitaria No. 5 de Uruapan a través de 3 formatos, en la 1ª se especifican 3 apartados importantes.</p> <p>ANALISIS: En este apartado se comentan los diversos problemas que se presentaron durante el mes con referente a las referencias y principalmente las de urgencias que son estas en las que existe mayor complejidad para su canalización y aceptación en otra Unidad. (PROBLEMA DETECTADO)</p> <p>REFLEXION: Cuando existe problemas para la canalización de algún paciente de urgencias para su aceptación, se habla directamente con dirección del hospital a donde se va canalizar, si tiene Seguro Popular se habla con el médico responsable, habiendo negación por ambos nos dirigimos directamente con el Secretario de Salud. (ALTERNATIVAS DE SOLUCION)</p> <p>CUANTIFICACIÓN: Se saca el %</p>	
--	---	--

	<p>de las referencias y contrareferencias que se dieron durante el mes. (%SRC).</p> <p>En el segundo formato se registran las referencias que nosotros enviamos a otras unidades de mayores recursos dando a conocer los siguientes datos: Fecha, Número de expediente clínico, Nombre del paciente, Domicilio, Edad, Sexo, Diagnóstico, Medico que refiere, Unidad y Servicio al que se refiere.</p> <p>En el tercer formato se registran las referencias que nos hacen llegar las Unidades de 1er nivel en el cual registramos: Número de expediente clínico, Nombre del paciente, Diagnostico, Fecha de la Referencia y de la Contrareferencia.</p>	
--	--	--

CAPÍTULO IV DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

El Hospital Integral Comunitario de Cherán, es una institución prestadora de servicios de Salud, que brinda atención a los usuarios que acuden a esta con diferentes padecimientos otorgándolos con calidad, siendo este uno de nuestros principales objetivos. El Hospital cuenta con los siguientes servicios: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Anestesiología, Dental, Laboratorio, Rayos X, Trabajo Social, Psicología, Medicina Preventiva, servicios básicos que se ofrecen a la comunidad usuaria para la recuperación de su Salud, debido a que somos una institución de 2do nivel captamos a todos aquellos pacientes que nos envían las unidades de primer nivel, por ello es muy importante el programa de referencia y contrareferencia de pacientes, siempre y cuando sea llevado a cabo y supervisado por personal capacitado y responsable para el logro de los objetivos de dicho programa.

4.1 ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA

El Hospital Integral Comunitario de Cherán fue inaugurado el 16 de Mayo del 2003, es en este día cuando me incorporo como parte del personal de dicho nosocomio. Las actividades hospitalarias se demoraron algunos días, mientras se buscaban las estrategias para definir los espacios que corresponderían utilizar al personal contratado en ese tiempo. Se da la capacitación por departamentos para con ello poder realizar las funciones que a cada uno competía.

Acudí durante 2 semanas al Hospital Regional de Uruapan, para recibir la inducción al puesto acudí a dicho hospital en el mes de Junio, me presente con el Director General, quien me refirió con la Jefa de Trabajo Social; ella me llevó al servicio de consulta externa, ahí me informaron acerca de los registros que tendría que llenar con respecto a dos programas importantes que se llevan a cabo y que son el de Referencia y Contrareferencia de Pacientes y Gratuidad al Adulto Mayor.

Los registros que había que hacer en el Programa de Referencia y Contrareferencia es que todas las referencias electivas llegan al servicio de

trabajo social, donde se registran y posteriormente se canalizan a admisión para la apertura de su expediente clínico, al mes se envía un informe a la Jurisdicción Sanitaria No. 5 de Uruapan, donde se registran las referencias recibidas de los hospitales.

Con respecto al Programa de Gratuidad al Adulto Mayor es que todo paciente mayor de 65 años que acuda a la unidad de salud deberá presentarse al servicio de trabajo social para que se le selle su ficha y con ello se le brinde su atención médica y surtimiento de receta de manera gratuita.

Posteriormente me enviaron al servicio de ginecología y pediatría, medicina interna, donde observe que la actividad principal del Trabajador Social era la de realizar estudio socioeconómico y apoyo en las altas de pacientes con problemas económicos y que con esto pudieran limitar su salida; en realidad la inducción al puesto que recibí en el hospital regional de Uruapan la considero que fue muy general y ambigua.

A continuación daré a conocer las actividades desarrolladas por Trabajo Social en el Hospital Integral Comunitario de Cheran.

Las actividades que se realizaban en un inicio no eran todas propias del profesional de Trabajo Social, ya que algunas correspondían a actividades administrativas tales como realizar constancias médicas y resumen médico, ayudar en la recepción de pacientes, etc. De las primeras funciones de Trabajo Social realizadas fueron principalmente las de gestión que son atender las necesidades económicas, requerimiento de estudios de gabinete con los que no cuenta nuestro hospital, medicamentos que pudieran influir su atención médica y con ello limitar su recuperación, esto se logra con la coordinación con otras instituciones o laboratorios y a través de la aplicación del estudio socioeconómico.

Con el paso de los días fui aprendiendo que el Trabajador Social es un profesional que forma parte del equipo multidisciplinario por ser un profesional eficiente y dinámico en su actuar y romper con las concepciones asistenciales tradicionales que se tienen de este. Así que inicié indagando acerca de las actividades y programas que pudieran ayudar al mejor desarrollo de las actividades del departamento.

La observación, los registros y las estadísticas ayudaron a obtener datos importantes para poder hacer investigación y poder entender ciertas patologías por las que nuestro servicio de urgencias y nuestros ingresos hospitalarios eran muy frecuentes; los primeros datos que se recabaron ayudaron para la realización de un proyecto que se denominó FACTORES SOCIOECONÓMICOS, QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, para saber el porcentaje de los reingresos fue necesario revisar los registros y estadísticas de nuestra institución y conocer dichos factores; se tuvo que realizar investigación de campo que es en este punto donde lograríamos obtener la mayor información, analizando sus factores económicos, sociales y culturales que influyen en el mal manejo de su tratamiento y por lo tanto se den las complicaciones y su ingreso a nuestra unidad.

Esta investigación se hizo en realidad complicada ya que salir al campo implicaba abandonar gran parte de mi horario de trabajo dentro de la institución, situación que no me permitía realizar de lleno o de una manera frecuente ya que en ese entonces era la única trabajadora social y por lo tanto mi estancia en esta unidad también era indispensable, debido a esto se dejó pendiente su culminación, sin embargo se le dará conclusión, ya que este trabajo será de gran apoyo para el personal médico, así como también de información para la población en la que daremos a conocer los puntos críticos que influyen en las complicaciones de estas enfermedades, lo costosas que son y que desafortunadamente en nuestra región difícilmente las podemos cubrir, por lo tanto el paciente llega a fallecer por no contar con los recursos económicos para poder atenderse.

Otro de los casos que se considero importante investigar fue el porcentaje de urgencias que nos llegan al hospital a causa del alcohol u otras sustancias adictivas, por ello al documentarme identifique que dentro del CONADIC, se podía integrar un CONSEJO MUNICIPAL CONTRA LAS ADICCIONES (COMCA), el cual está conformado por la presidencia que lo ocupa el Presidente Municipal o alguien del ayuntamiento que este designe, la Coordinación que será representado por una institución de Salud y los vocales, en los que participan grupos de la comunidad.

La conformación que hicimos fue a través de invitaciones personalizadas hechas al presidente municipal y su cabildo, programa que fue aprobado, invitamos a las UMR, IMSS OPORTUNIDADES de los dos barrios, al DIF Municipal, Iglesia, Instituciones educativas de medio superior y superior, Jefes de Barrio, la Radio, con los cuales nos estuvimos reuniendo mensualmente (reuniones ordinarias), así como también se daban reuniones extraordinarias si fuese necesaria; todo esto con la finalidad de planear actividades que se tendrían que realizar cada mes, con respecto al calendario epidemiológico con el que contamos o alguna otra actividad que fuese necesaria tratar en el momento.

Este COMCA da inicio en el año 2005, con el entonces presidente municipal J. Guadalupe Tehandón Chapina, consejo que marchaba al corriente, pero al inicio de la actual administración surgieron detalles de tipo político, situación que llevo a un conflicto al ayuntamiento y que por lo tanto puso en crisis a dicho Consejo, así que por el momento este consejo se encuentra en pausa pero en cuanto las cosas se estabilicen se volverá a retomar.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El trabajo social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades y enriquezcan sus vidas y prevenir las disfunciones; un trabajo social surgido de los ideales humanitarios y democráticos, sus valores se basan en el respeto a la igualdad, el valor y la

dignidad de todas las personas; la práctica del trabajo social está centrada en hacer frente a las necesidades humanas y desarrollar el potencial humano, los derechos humanos y la justicia social se constituyen en la motivación de la acción del trabajo social.

El trabajador social, en su intervención con el equipo de salud, es coadyuvante para el logro del impacto en la salud de la población, y es considerado por la formación social y habilidades para analizar la problemática de salud con un enfoque integral, su interrelación con la población demandante de los servicios y con el equipo de salud así como en el desarrollo de metodología de las ciencias sociales; todo lo cual le permite conocer e interpretar las necesidades relacionadas con la salud, e implementar acciones para promover la participación, organización y capacitación de la población en la búsqueda de soluciones a esos problemas detectados.

Correlacionado estos conceptos, el trabajo social en el campo de la salud se considera como el conjunto de procedimientos encaminados a investigar los factores sociales que afectan la salud de la colectividad, a fin de proponer, coordinar y ejecutar alternativas viables que modifiquen dichos factores. De esta manera el campo profesional se determinará por la relación establecida entre el profesional con el paciente, la familia, el equipo de salud, los recursos de salud y asistenciales, dentro del marco normativo, político y social que lo circunscribe.

El trabajador social en el área de salud se considera como un elemento sustantivo del equipo de salud que conoce las necesidades del paciente y su familia, logrando con su intervención y acciones específicas una participación activa en la prevención, curación, rehabilitación y promoción del individuo.

La experiencia que se retoma es a partir de la intervención del Trabajador Social en el programa de Referencia y Contrareferencia de Pacientes del Hospital Integral Comunitario de Cherán, para lo cual se requirió trabajar arduamente en la investigación del programa, sus objetivos y metas a alcanzar.

Para poder conocer esto se analizan las deficiencias del programa que obstaculizan el logro de los objetivos, encontrando principalmente que existía

desconocimiento del programa por parte del personal involucrado y falta de información por escrito para conocerlo, para ello se plantean realizar actividades con la intervención de la Trabajadora Social solicitando material escrito y participando en las sesiones médicas para darlo a conocer, ejecutarlo y supervisarlos, esto con la finalidad de que exista mejor coordinación con el equipo multidisciplinario y sobre todo brindarle la importancia que este programa tiene por parte del personal médico de los tres niveles de atención, evitando con esto largos tiempos de espera en nuestros usuarios de los cuales observamos que una gran cantidad de estos acudían a resolver enfermedades que se les puede atender en su localidad a la que pertenecen, evitando con eso los gastos que se les generen por su traslado y el abandono de sus seres queridos por algún tiempo, problemas que sin duda recaen al departamento de Trabajo Social, todo esto me permitió obtener un Diagnóstico y con ello la búsqueda de alternativas que nos ayuden a contrarrestar la problemática, lo que permite diseñar el Manual de Operacionalización de los Servicios Regionales de Salud con respecto al Programa de Referencia y Contrareferencia logrando eficientar la red de servicios de salud en nuestra región a través de este, para contribuir a la mejora de los servicios de atención y con ello la mejor calidad de vida de nuestros usuarios.

De acuerdo a las preguntas y observación que realice concluí que las personas no acuden a su unidad de salud por que en un 40% el médico no asiste a diario, solo da algunas consultas y en un 70% aproximadamente no proporcionan medicamentos del cuadro básico.

Es por ello que se comienza a planear estrategias para poder alcanzar los objetivos de este programa que sin duda son importantes para la mejor atención a los usuarios concluyendo entonces la necesidad de diseñar un Manual de Operacionalización para fortalecer el Sistema de Referencia y Contrareferencia, que nos permita informar la importancia de referir y contrareferir a los pacientes así como dar a conocer los servicios con los que cuenta nuestra unidad y sus horarios de atención; este manual se elabora y se concluye con la supervisión del entonces Director de esta unidad.

4.3 RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

Se concluye el manual del que se esperaba obtener resultados tales como que los pacientes lleguen con su referencia en un 100% y de la misma manera ese porcentaje sea de su contrareferencia.

De las 5 especialidades con las que contamos se logro un 80% de las referencias que nos hacen llegar las unidades de 1er Nivel y hasta en un 99% las contrareferencias, esto con respecto a lo que corresponde a nuestra institución.

Con respecto a las referencias que nosotros enviamos a las unidades de mayores recursos, no tenemos respuesta con las contrareferencias, por lo cual en casos específicos me comunico vía telefónica para saber cómo ha sido la evolución del paciente y poder realizar un seguimiento de caso.

4.4 DIFICULTAD O LIMITANTES

Se inició buscando estrategias con el entonces Director, con quien me coordine para la realización, evaluación y ejecución de dicho manual, estaba ya culminado y listo para difundirlo cuando surgieron algunas dificultades para él, quien se tuvo que retirar de la unidad y por lo tanto nos asignaron un nuevo director con el cual existió dificultad para dar seguimiento al manual difundirlo argumentando que esa actividad no correspondía realizarlo a nuestra institución debido a que las consideró actividades que debe de realizar las autoridades jurisdiccionales en coordinación con las unidades de primer nivel.

Otra de las dificultades para poder llevar a cabo dicho programa es para el mes de JUNIO, es cuando el personal de las unidades de primer nivel cambian al médico, prestador de servicio social y que por lo tanto cada año se retrasan ciertas actividades de dicho programa y se retoman hasta que reciben la información y capacitación, situación que influye en el retraso de las actividades de cada año.

Para poder dar a conocer este manual era necesario reunirse con autoridades municipales de la región, siendo estos los que nos apoyarían en la coordinación con las unidades médicas y la población, situación que implicaba realizar actividades fuera del hospital así como la generación de viáticos, recursos y permisos que no se tuvieron por parte del hospital y que por lo tanto el objetivo no se pudo lograr.

Puedo mencionar que no todo se perdió, se buscó alternativas que me ayudaran a dar a conocer el manual en las Unidades de 1er Nivel, por medio de la distribución de algunas copias en Centros de Salud para dar a conocer los servicios y horarios con los que cuenta el hospital, evitando con esto el traslado innecesario de los usuarios para que se les brindara su atención médica; me apoye del programa de Seguro Popular para sensibilizar a los pacientes a que acudan a su unidad de 1er nivel a recibir sus consultas y de no resolverse su situación médica ser referido a nuestra unidad al servicio o especialidad que su médico indique, haciendo hincapié que paciente que no cuente con su respectiva referencia, su seguro popular no será válido, y por consiguiente había que pagar por los servicios solicitados.

Son puntos que hemos logrado a través de los días, con el esfuerzo, dedicación responsabilidad y compromiso que hemos adquirido cada uno de los que conformamos el equipo multidisciplinario del Hospital Integral Comunitario de Cherán

CAPITULO V: ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN

Dentro del programa de Referencia y Contrareferencia de Pacientes, puedo decir que el Trabajador Social es un elemento de gran importancia; ya que sus conocimientos teórico-metodológicos, sus capacidades, habilidades y actitudes son importantes en cada una de sus intervenciones, teniendo presente que la práctica profesional no se da espontáneamente, sino a partir de un objeto de estudio y de una problemática detectada dentro de una concepción de Hombre y sociedad. Por lo tanto el programa de referencia esta diseñado para dar un ágil funcionamiento en los servicios que prestan los Servicios de Salud de los tres niveles de atención, pero que sin embargo debido a la falta de supervisión de este programa muchas de las veces los objetivos que se tiene contemplados no se logran generándose problemáticas que dificultan la mejor atención, por lo tanto es aquí donde interviene el Trabajador Social.

5.1 EN RELACIÓN AL CONTEXTO:

A continuación se describe el análisis del marco contextual en el que se desarrollo la experiencia:

La Política Social que plantea el gobierno federal en cuestión de Salud, dado a conocer en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, plantea objetivos en la atención de los retos a la salud en nuestro país, en el presente trabajo doy prioridad a la información obtenida que es mejorar la calidad de vida de los mexicanos, a través de mejores condiciones de salud, otorgando servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para nuestros usuarios.

En el marco contextual señalamos que las premisas que inspiran el compromiso del gobierno de la República y del Estado relacionados a la salud de los mexicanos es un derecho y se debe de considerar como un componente central del capital humano, que es el capital más importante de la Nación, por ello mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y la sociedad para procurar y acrecentar sus medios de vida.

El hombre es la mejor riqueza de un país, la economía nacional y los planes de desarrollo social deben estar al servicio del hombre. La salud de la población es un producto del desarrollo económico-social; la dependencia se establece a través del nivel de vida. El destino del programa nacional de Salud será totalmente diferente si esta integrado en un proceso social de desarrollo o si se aplica a una población en estado de estancamiento económico.

Esto implica que la sociedad mexicana demande mayor y mejor información para poder conocer la realidad en la que vive, los factores que nos afectan, las causas y consecuencias de las enfermedades, para ello necesitamos una nueva cultura, nuevo comportamiento de actitudes, habilidades y estilos de vida, con este cambio en las personas y sus familias podremos hablar de mejores decisiones en cuestión de Salud.

Es importante mencionar que existe falta de visión; en la actualidad es más complicada tener una mejor organización para nuestra sociedad, debido a la falta de coherencia que existe en la gente que nos representa y que esto nos ha llevado a la falta de credibilidad, por ello existe inmadurez y con ello una aguda crisis económica que recae en los sectores más pobres y que sin duda somos la mayoría, lo que genera un alto costo de vida y bajos salarios para esta población. Es aquí donde el Trabajador Social debe conocer, analizar y entender la dinámica institucional y el desarrollo de la Política Social; asumir un nuevo reto, por que el Trabajador Social es un profesional que sin duda atiende las necesidades y carencias de la gente que solicita nuestros servicios, sin embargo, este profesional debe dar una intervención de orden social y colectivo, contribuyendo al conocimiento de sus necesidades sociales que son o deben ser el objeto de intervención de la Política Social.

Son pues aspectos importantes; que si se destinara el debido recurso para que se puedan cumplir estos puntos básicos, el desarrollo personal y educacional tendría mejores resultados, pero tal parece que los objetivos se hacen, se llevan a cabo, algunos no funcionan por no adecuarse a la realidad, además de que no existe

equipo alguno que supervise su real ejecución, y que estos lleguen a todas las regiones de nuestro país.

Identificando que hasta el momento, dentro de lo que es mi experiencia puedo decir que hablar de una diferencia en cuanto a la calidad y calidez en los servicios de atención en décadas pasadas a la actualidad no existen; ya que sin duda se han mejorado algunos aspectos pero en algunos otros se ha perdido el objeto de intervención, de cada uno de los que formamos parte del equipo de Salud y poder darle la atención a cada situación que lo requiera.

El Plan Nacional de Desarrollo, dentro de sus ejes y objetivos en materia de salud se enmarcan los que van acordes al Programa de referencia, sin embargo la falta de supervisión de los mismos a nivel nacional y/o estatal determina el que no se logren operacionalizar en su totalidad, aunado a esto la falta de compromiso tanto del personal que los elabora como de los que intervenimos para su real ejecución. Sin embargo cabe mencionar que en lo que respecta a la responsabilidad que adquirimos el personal que en ella intervenimos dentro de nuestra institución, se ha logrado que nuestras especialidades no se subutilicen con diagnósticos que se pueden atender en las unidades de primer nivel y brindarles un mejor servicio con calidad, calidez, responsabilidad y atención oportuna a la población usuaria que solicite nuestra intervención.

Dentro de la Institución a la que pertenezco puedo mencionar que los objetivos, se dan en un 85 al 90%, en las referencias que a nosotros nos hacen llegar las unidades de primer nivel; sin embargo este programa para su mejor funcionamiento depende de hospitales de mayores recursos a los que referimos pacientes con mayores complejidades y es aquí donde se puede mencionar que hay una serie de complicaciones para que el programa tenga mejores resultados y se comenta que es por la falta de espacios y personal para que se pueda dar esta mejor atención.

5.2 EN RELACIÓN AL MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En el ámbito de la salud, la trayectoria que ha tenido el trabajador social no ha sido fácil pues poco a poco se ha buscado la participación del profesional en Trabajo Social y que esta sea considerada como el profesional del equipo de salud que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades.

El Programa de Referencia es un Programa establecido a nivel Nacional, los conceptos que defino en este capítulo son algunos de los más elementales que se deben conocer para así poder entender cada una de las referencias enviadas a nuestra unidad, o hechas por el hospital a otra de mayores recursos.

Al realizar esta investigación sin duda han mejorado los conocimientos teóricos, para la mejor comprensión que como Trabajadora Social se debe de tener y con ello darle una mejor orientación a todo usuario que solicite nuestros servicios, tomando en cuenta que las referencias que nos envíen las unidades de primer nivel sean atendidas y no haya justificación que por falta de personal y de insumos se difieran ciertos procedimientos, se niegue la atención y se tenga que referir a los pacientes a otros hospitales que aparentemente cuenten con los recursos que requiere el usuario para su intervención.

La triada de la Salud es un elemento importante que como trabajadora social debo tener muy en cuenta, considerando que el desequilibrio de uno de los elementos nos lleva a perder la salud y que por lo tanto en nuestro quehacer diario con personas debemos de trabajar siempre en función de tener nuevos y mejores hábitos personales.

Parte de estos conocimientos sin duda los he adquirido a través de la experiencia diaria, de la satisfacción en cubrir las necesidades de los usuarios que atiendo, además de la asistencia a las sesiones médicas, cursos, capacitaciones, talleres y de la información que se nos llega a través de información impresa.

5.3 EN RELACIÓN A LA METODOLOGÍA APLICADA

Dentro de esta metodología se pudo identificar que para la realización del presente trabajo fue fundamental el análisis de varios autores, sin embargo la metodología que se adecuó fue la que aborda Ma. del Carmen Mendoza Rangel, en lo particular la etapa de la intervención que se plantea como la fase final de la aproximación a la realidad, como el proceso de investigación-acción. Investigación transformadora que logre planear una serie de acciones que incidan en el objeto de intervención. Esta etapa muestra los elementos y la orientación necesario que se requiere para lograr este proceso, debido a que, el programa que se está analizando es de ejecución en el cual debemos evaluar los logros y metas obtenidas.

Por ello a continuación se describe un cuadro comparativo con los puntos que enmarca la etapa de la intervención y lo que se realiza en el programa de Referencia y Contrareferencia de Pacientes.

ETAPA DE LA INTERVENCIÓN

FASES DE LA INTERVENCIÓN	DESCRIPCION DE LAS FACES	PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES
CARACTERIZACIÓN	Marca las necesidades prioritarias y su explicación cuantitativa y cualitativa.	Se definen las características de cada uno de los pacientes para que se les dé su atención de acuerdo a sus necesidades.
PLANEACIÓN	Se definen las líneas generales de la intervención, sus estrategias y sus tácticas para que se lleven a cabo.	Planeando líneas generales de intervención para cada uno de los casos a los que se halla que atender.
PROGRAMACIÓN	Delimita áreas determinadas de intervención, los objetivos, las metas, recursos y los tiempos.	Delimitando que cada uno de los niveles de atención tiene sus necesidades propias por lo que fue necesario plantear sus objetivos, metas, recursos con los que se tiene que contar.
ORGANIZACIÓN EJECUCIÓN	Delimitación de las funciones y definición de las responsabilidades (coordinación y dirección)	Por lo que fue indispensable crear un manual de referencia y contrareferencia de pacientes, así como una Red Estatal de Instituciones de Salud para realizar el envío correcto a la

		institución resolutive.
SUPERVISIÓN	Vigila la correcta marcha de los proyectos haciendo una valoración general de los aciertos y los errores de la ejecución del programa.	Con ello nace la necesidad de crear organismos (comités) a nivel Estatal y Local para que supervisen el trabajo que se realiza día con día en cada una de las instituciones.
EVALUACIÓN	Valora y mide las acciones, el cumplimiento de los objetivos, las metas, la utilización de los recursos y el cumplimiento de las funciones profesionales.	Evaluando cada una de las instituciones de los 3 Niveles de Atención para ver si se cumplen los objetivos, las metas que este programa define para la mejor atención de nuestros usuarios.

CAPITULO VI: PROPUESTA

Es a partir de la organización y análisis de mi experiencia que doy las siguientes sugerencias para la mejora de la atención al usuario del programa de referencia y contrareferencia con la finalidad de que el trabajador social constituya y/o establezca procedimientos que se apliquen de acuerdo a los momentos o situaciones que se presenten.

Para ello se pretende que el trabajador social desarrolle su actuación con sugerencias perfectamente definidos, encaminados a satisfacer las necesidades de la población usuaria del Hospital Integral Comunitario de Cherán, coadyuvando a proporcionar una atención integral a los pacientes.

El Programa de Referencia y Contrareferencia a presentado problemas de coordinación y funcionalidad, es por eso que se plantean las siguientes líneas que buscan el adecuado funcionamiento, para ello se persigue:.

Establecer mecanismos que faciliten el adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes.

Para lo cual se pretende:

- Reafirmar las características y elementos que conforman el sistema.
- Proponer formatos que apoyen al trabajo diario operativo.
- Reconformar e Impulsar a los comités existentes a evaluar y supervisar los logros que se tienen dentro de este programa.

Esto a partir de los problemas detectados en la elaboración de las referencias como son:

- Falta de información sobre la importancia de realizar el formato de referencia.

- Falta de información y coordinación adecuadas con las unidades a donde se va a referir.
- Pacientes mal referidos a servicios no acordes con el padecimiento.
- Desconocimiento de los servicios y horarios que prestan las unidades de 2do y 3er nivel de atención.
- Desconocimiento de la aceptación y/o atención del paciente en el servicio solicitado por falta de seguimiento.

Así como de los problemas detectados en la elaboración de las contrareferencias.

- Nula coordinación con los directivos a donde se refieren.
- Caso omiso de la referencia.
- Falta de sensibilización para la elaboración de la contrareferencia.
- Falta de información al paciente sobre la necesidad de continuar su atención en su unidad de adscripción.

Es por ello que los aspectos operativos propuestos giran en torno a:

1.- GUIAS DE REFERENCIA:

- Es una herramienta auxiliar para que los grupos de primer nivel envíen a los pacientes a las unidades resolutorias en forma oportuna y correcta de acuerdo a su padecimiento.
- Cada jurisdicción desarrollara su propia guía, considerando su equipo humano y tecnología con la que cuenta.
- El personal operativo se auxiliará para el envío de pacientes a las unidades resolutorias con la guía de referencia.

- El primer y segundo nivel deberá contar con un directorio regionalizado de las unidades de su ámbito de influencia, para que el personal de salud pueda referir al paciente a la unidad resolutive.

2.- FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

El formato de Referencia y Contrareferencia es adecuado, sin embargo no se le ha dado la importancia al encabezado de este, en el cual se indica la necesidad de desprenderlo con la finalidad de que el departamento de Trabajo Social de todas las unidades Monitoricen a los pacientes para ver si estos acudieron a la institución a la que fueron referidos, omitieron la información o se atendieron a nivel particular.

3.- COMITES PARA EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES:

En el Diario Oficial de la Federación, se promueve la creación de comités internos a nivel estatal y local, los cuales se encargaran de analizar y corregir los problemas detectados durante la referencia y contrareferencia de pacientes.

DEFINICIÓN: Un comité se define como un grupo de técnicos que cumplen las funciones de analizar los problemas detectados durante la referencia y contrareferencia, identifica las causas que lo originan, implementa acciones que hagan funcionar el sistema en forma adecuada y corrige, en su caso, en el nivel correspondiente.

ORGANIZACIÓN

COMITÉ ESTATAL

PRESIDENTE: Director de los Servicios de Salud de Michoacán.

SECRETARIO: Será designado por el presidente.

VOCALES: Jefes jurisdiccionales y directores de los hospitales.

COMITÉ LOCAL

PRESIDENTE: Jefe Jurisdiccional

SECRETARIO: Designado por el presidente

VOCALES: Los responsables de los programas de referencia y contrareferencia de pacientes de los hospitales.

OBJETIVO: Vigilar que el Sistema de Referencia y Contrareferencia se lleve a cabo de acuerdo a lo establecido en la normatividad.

FUNCIONES:

- Instrumentar el Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes en el nivel estatal y local. (jurisdicciones y hospitales)
- Recabar información periódica sobre la operación del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes
- Detectar las inconsistencias de la operación del sistema de referencias y contrareferencias de pacientes.
- Establecer las medidas correctivas para la adecuada operación del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes.

ACTIVIDADES:

- EL Comité Estatal se reunirá cada 3 meses, además de las sesiones extraordinarias que se ameriten
- El comité Local, se reunirá cada mes, además de las sesiones extraordinarias que se ameriten.
- Analizar la información del número de casos referidos y contrareferidos del estado y del nivel local.
- Propondrán y establecerán las medidas correctivas que se ameriten.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

1. GONZÁLEZ MONTAÑO MONSERRAT V.
Teorías del Trabajo Social Comunitario.
Edit. Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM.
México.
2. HERNÁN SAN MARTIN
Salud y Enfermedad 4ª edición
Edit. Ediciones Científicas la Prensa Medica Mexicana
México 1985.
3. KISNERMAN NATALIO
Salud Pública y Trabajo Social 2ª edición
Edit. Humanitas
Buenos Aires 1983.
4. R. MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ.
La Salud del Niño y del Adolescente 3ª edición
Edit. JGH
1995.
5. SÁNCHEZ ROSADO MANUEL
Elementos de Salud Pública 2ª Edición
Edit. Méndez
México 1994.
6. SÁNCHEZ ROSADO MANUEL
Teorías del Proceso Salud Enfermedad
Antología UNAM ENTS
México 1992.
7. VALERO CHÁVEZ AIDA
Desarrollo Histórico de Trabajo Social
UNAM, ENTS
México 2008

REVISTAS

1.- Revista de Trabajo Social No. 37

Lic. María Guadalupe Salazar Hernández

UNAM, ENTS

DOCUMENTOS

1.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012

2.- PLAN ESTATAL DE DESARROLLO 2008-2012

3.- PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO 2008-2011

4.- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL DE CHERAN (2008)

5.- PROGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ENTRE EL PRIMER NIVEL Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. 2007

6.- OPERACIONALIZACION DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD PARA FORTALECER EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES (MAYO 2005)

PAGINAS DE INTERNET

1.- <http://pnd.presidencia.gon.mx>

2.- <http://portal.salud.gob.mx>

3.- <http://políticasocialmexico.blogspot.com>

4.- <http://www.monografias.com>

5.- <http://es.scribd.com/.../Historia.Natural.y.Social.de.la.Enfermedad>.

6.- <http://www.aniorte.nic.net>

7.- <http://www.blogpsicologia.com>