

Práctica profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud: un trabajo en equipo

María Cecilia C. Ruiz González

Resumen

Los trabajadores sociales generalmente escriben poco acerca de su práctica profesional; por ello, resulta interesante dar a conocer una experiencia de trabajo gremial en el campo de la salud, llevada a cabo con gran compromiso profesional por parte de los involucrados. Inicialmente se conformó un grupo para fortalecer una herramienta importante para el trabajador social, como es el estudio socioeconómico que requería ya de una revisión, de una discusión teórico-práctica y de una reconstrucción con variables ponderadas unificadas, lo cual se logró. A lo largo de los años, ha sido objeto de revisiones periódicas y de investigaciones en los diferentes momentos para dar a este instrumento la validez y confiabilidad requerida durante su aplicación por más de dos décadas, en las instituciones que conforman la Comisión Coordinadora de Institutos y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) de la Secretaría de Salud. Este y otros productos han resultado con el esquema de organización de trabajo en equipo que, como colectivo de Trabajo Social, se han comprometido a trabajar juntos para lograr un objetivo común.

Este artículo es producto de un ejercicio de recuperación y síntesis de un esfuerzo continuado de trabajo en equipo, desarrollado por más de treinta años en forma conjunta por las jefas de los Departamentos y los grupos operativos de Trabajo Social de las instituciones participantes, que lograron formar un colectivo y trabajar como gremio, generando productos que enriquecieron e impactaron positivamente en las funciones encomendadas.

Palabras clave: Estudio socioeconómico, Trabajo Social, trabajo en equipo, institución.

Professional practice of Social Work in the field of health: team work

Abstract

Social workers do not use to report much about their professional practice, that is why it is of interest to announce an experience of team working in the field of Health, which for a long time has been carried out with a great professional commitment. Initially a group was formed to strengthen the socioeconomic study, an important tool for the social worker, that required review of a practical-theoretical discussion, and a reconstruction with unified weighted variables –goal which was achieved. Over the years, the research has been subject to periodic reviews to give

this instrument the validity and reliability required during its practice for more than two decades in the institutions under the Coordination of the National Institutes and Hospitals of High Speciality, under the Secretary of Health (CCINSHAE). This and other products have resulted in the organizational scheme of teamwork, which as a collective for social work has committed to act together to accomplish a common goal.

This text is the result of an exercise of compilation and a summary for the permanent effort to report activities over the course of 30 years by the heads of Departments and the task force of social work.

Keywords: Socio-economic study, teamwork, social work, institution.

*Si quieres caminar rápido, camina solo.
Si quieres llegar lejos, camina acompañado*

PROVERBIO AFRICANO

Introducción

Poco es lo que escriben los trabajadores sociales acerca de su práctica profesional. La actividad dentro de las instituciones, las funciones que tienen encomendadas y la dinámica que se desarrolla en ellas obligan a los colegas a atender una serie de situaciones, que impiden contar con el tiempo adicional requerido para hacer investigación o sistematizar su trabajo, escribir acerca de sus experiencias, ni mucho menos para publicarlas, debido a que (Kisnerman, 1997) se encuentran absorbidos por la problemática cotidiana que ha invadido todos los espacios, e inmersos en la demanda creciente de los servicios asistenciales que privilegia la práctica. Es así como se han perdido un sinnúmero de experiencias que pudieran haber contribuido al acervo teórico de la profesión. El trabajo comprometido y responsable que desarrollan los trabajadores sociales en las instituciones, con frecuencia deja de lado las cuestiones académicas y

de investigación, y, mucho menos, se dan tiempo para publicar las vivencias producto de la práctica profesional cotidiana.

Este artículo es resultado de un ejercicio de recopilación y síntesis, de un esfuerzo continuo de actividades desarrolladas por más de treinta años, en forma conjunta por los titulares de los departamentos y los grupos de Trabajo Social de las instituciones coordinadas por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud (CCINSHAE); pretende servir como referencia de una experiencia que ha logrado impactar en la forma de intervenir en los procesos de trabajo hacia dentro de las instituciones involucradas, generando productos normativos y de observancia general para los colegas de Trabajo Social en el campo de la salud.

Son diversas las funciones que tiene encomendadas el trabajador social dentro de las instituciones de salud, cada una de ellas da lugar a una serie de actividades que deben ser atendidas por estos profesionales durante su jornada laboral. Durante el desarrollo de sus actividades

profesionales, se van presentando determinadas situaciones inherentes a esa práctica, que el profesional debe enfrentar y resolver en el propio terreno, lo que obliga a dar respuestas inmediatas que demanda la dinámica misma de la institución. Es así que los trabajadores sociales invierten buena parte de su jornada en funciones asistenciales, e incluso algunos de ellos tienen una carga importante de tareas administrativas, lo que les impide dedicar tiempo a otras actividades también significativas, y que pasan a un segundo plano, en espera de que las prioridades institucionales les den oportunidad.

Es por ello, que es de nuestro interés difundir los antecedentes y el camino recorrido por un grupo de trabajadoras sociales de las distintas instituciones del campo de la salud, en un afán de dar a conocer el esfuerzo en conjunto y la utilidad que puede dejar a los colegas la experiencia resultante de un trabajo en equipo, con el interés de aportar estas vivencias a la profesión, que en conjunto conforman la evolución del Trabajo Social en un grupo de instituciones de salud por más de 30 años.

Para iniciar, es importante detenernos a hablar brevemente del antecedente de una de las herramientas de recuperación de información más utilizadas por el trabajador social en su intervención: el estudio socioeconómico, el cual fue definido en el modelo de intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud (1999) como "un instrumento que se aplica a través de la técnica de la entrevista, con el objeto de determinar el nivel

socioeconómico que corresponde al pago de cuotas de recuperación que el paciente hace por los servicios recibidos en los INSALUD". De hecho, la aplicación de este estudio ha sido la actividad más reconocida de los profesionales del Trabajo Social dentro de las instituciones de salud. Dicho instrumento contiene una serie de variables ponderadas, cuya calificación ubica al usuario en uno de los niveles de clasificación determinados por la institución. De tal manera que la información que ahí se recaba es la base sobre la cual se fundamenta el nivel de clasificación que corresponde a cada usuario para el pago de las cuotas de recuperación. Cada uno de los niveles estipulados implica un subsidio que otorga la institución a los usuarios por los servicios recibidos. Las cuotas de recuperación representan un recurso muy valioso para la autogeneración de ingresos en las instituciones.

Históricamente, en los Institutos Nacionales de Salud, los trabajadores sociales elaboraban su propio estudio socioeconómico de acuerdo con su propia normatividad, y los niveles de clasificación se establecían conforme a sus políticas internas. Durante mucho tiempo, no se consideró la posibilidad de que se contara con un estudio socioeconómico con variables ponderadas unificadas, que tuviera una aplicación general en un grupo de instituciones de salud, incluyendo datos adicionales, particulares de acuerdo con la patología o características específicas de la población.

El estudio socioeconómico contiene datos que son útiles para aportar al equipo

de salud el conocimiento del contexto en donde se ubica el paciente; proporciona elementos que eventualmente pudieran tener relación con el diagnóstico y que son valiosos al momento de evaluar, en forma multidisciplinaria, las oportunidades de recuperación que las redes primarias y secundarias ofrecen en cada caso en particular; asimismo, tiene la posibilidad de contribuir a identificar aquellos factores socio-ambientales a los que el paciente está expuesto y que pudieran representar un riesgo potencial en el proceso salud-enfermedad; además de brindar la posibilidad de conocer en forma integral el contexto socioeconómico en el que se desenvuelve el paciente. También los trabajadores sociales han valorado la utilidad de este instrumento para la elaboración de perfiles de población y para la investigación socio-médica.

En el año de 1985, se presentaron las condiciones necesarias para que las autoridades de la entonces denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Coordinación Nacional de Institutos, se involucraran en el proceso de asignación de clasificación y consideraran una revisión del estudio socioeconómico como la herramienta principal en este procedimiento, y se iniciara una tarea en conjunto entre los distintos Departamentos de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud.

Este trabajo colaborativo, realizado por los directivos de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud, y ahora de las instituciones que conforman la Comisión Coordinadora de los Institutos

Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), se remonta a 1985. En esa fecha se recibió una invitación, signada por el secretario particular Javier Villegas Altamirano, quien, por instrucciones de Rafael Méndez Martínez, en ese entonces coordinador de los Institutos Nacionales de Salud (CINS), convocaba a las jefes de los Departamentos de Trabajo Social de los diferentes institutos a una reunión el 19 de junio de ese año, para tratar asuntos relacionados con los criterios de clasificación aplicados para el pago de las cuotas de recuperación; y, al mismo tiempo, enviaba la "Propuesta para la Unificación de Criterios para la Aplicación de Cuotas de Recuperación de los Institutos Nacionales de Salud". Es importante mencionar que, en esa época, la CINS estaba conformada por nueve institutos; sin embargo, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría) aún no participaba con su asistencia, por lo que únicamente ocho acudieron a esta reunión.

Fue así que se tuvo la presencia de las jefas de los Departamentos de Trabajo Social del Instituto Nacional de Cardiología (INCAR), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), Instituto Nacional de Pediatría (INP), Hospital Infantil de México (HIM), Instituto Nacional de Perinatología (INPER), e Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, INCMNSZ. Vale la pena

mencionar que en todos los institutos existía un Departamento de Trabajo Social estructurado como tal, encabezado por una trabajadora social; algunos contaban con la figura del supervisor, pero en todos ellos había personal operativo y administrativo.

En esa primera reunión, Méndez Martínez conoció los criterios empleados por el Trabajo Social en los diferentes institutos, para la clasificación socioeconómica de los pacientes, quedando de manifiesto la gran diversidad existente entre ellos. De ahí que se haya identificado un área de oportunidad por parte de la Coordinación y de las jefas de Trabajo Social. Asimismo, se consideró la posibilidad de que se unificaran dichos criterios y se elaborara un solo instrumento de clasificación, por lo que la propuesta implicaba contar con un estudio socioeconómico único, con criterios homogéneos para todos los institutos. Es importante señalar que, para ese entonces, la función de dicho estudio socioeconómico era

fijar cuotas, las que guardan relación con los ingresos de la familia; sin embargo, cuando a su criterio consideraba que la familia estaba económicamente imposibilitada de cooperar con los costos de la atención médica del menor se podía exentar la cuota de recuperación (Silva y Brain, 2006, p. 53)

Por lo tanto, cada institución tenía la posibilidad de elaborar su propio estudio con la información, criterios y políticas específicas, tal como se pudo apreciar en

ese primer acercamiento. De acuerdo con ello, se recabaron los datos que se solicitaban en cada uno de los institutos para asignar la clasificación. Los resultados se muestran en el cuadro 1.

De acuerdo con la tabla anterior, para 1985, cada uno de los institutos aplicaba diferentes criterios; el denominador común era la variable "ingreso per cápita". Las clasificaciones tampoco eran uniformes; en algunos se manejaban 6, 7 o 10. En los que se manejaban 10 letras (de la letra A a la J) tampoco había uniformidad, ya que en unos la clasificación "A" era la que pagaba las cuotas más altas y la "J" la que contaba con el mayor subsidio institucional; en otros, ocurría exactamente lo contrario, tal y como se aprecia en el cuadro 2.

En cuanto al instrumento empleado, INP, INNSZ, INPER utilizaban el estudio de Trabajo Social más una tabla que contenía el ingreso per cápita; INER empleaba una tabla por puntos. Tres institutos (INCAN, HIM, INCAR) no lo reportaron; sin embargo, efectuaban una entrevista en donde recababan información sociodemográfica y que plasmaban en tarjetas que se archivaban en el Departamento.

En el Trabajo Social se ha reconocido la importancia del estudio socioeconómico como un instrumento de medición para determinar la capacidad de pago de los usuarios y el impacto que tiene no solo financieramente, sino que además representa para la población la posibilidad de acceso a los servicios de salud, de asegurar la permanencia y continuidad en el tratamiento médico, para impedir la deserción

Cuadro 1. Datos clasificación de Trabajo Social

INCAR	INER	INCAN	INNN	INP	HIM	INNSZ	INPER	INSALUD APLICA
Ingreso familiar	Ingreso per cápita	Ingreso familiar	Situación económica	Ingreso familiar total	Ingreso familiar	Ingreso familiar	Ingreso familiar	8
# miembros familia	# miembros familia	# miembros familia	# miembros familia	# miembros familia	# miembros familia	# miembros familia	# miembros familia	8
Edad hijos								1
Nivel cultural	Escolaridad					Escolaridad	Escolaridad	4
Trabajo estable							Trabajo estable	2
Vivienda (ubicación)	Vivienda		Condición habitacional			Vivienda	Vivienda	5
Tipo de empleo							Tipo de empleo remunerado	2
Alimentación	Alimentación							2
	Estado salud familiar							1
	Medio de transporte							1
	Estado civil					Estado civil		2
		#dep. econ. 18 a 50 años						1
		Propiedades						1

Fuente: Propuesta para la unificación de criterios para la aplicación de las cuotas de recuperación de los Institutos Nacionales de Salud (1985, s/p)

por falta de recursos y a hacer efectivo el derecho a la protección a la salud.

Una vez reconocido lo anterior, la Coordinación manifestó su inquietud por homologar los criterios de clasificación, encomendando así al grupo de jefes de Trabajo Social la tarea de revisar y analizar cada uno de los estudios socioeconómicos y, posteriormente, en forma conjunta, elaborar un instrumento único. Una vez desarrollado, se aplicó una prueba piloto en cada una de las instituciones en las que colaboraron activamente los grupos operativos de Trabajo Social. Posteriormente

se presentaron los resultados ante la Coordinación, que efectuó el ejercicio final de análisis de resultados del instrumento aplicado y, con base en ellos, elaboró una propuesta que, en octubre de 1985, se plasmó en un manual titulado "Método para la Clasificación Socioeconómica de los Pacientes Atendidos en los Institutos Nacionales de Salud", a fin de que se iniciara su aplicación en ese mismo año.

Se propusieron siete criterios con diferente puntuación en cada uno, siendo el ingreso per cápita el de mayor peso. El segundo fue el de tipo de ocupación,

Cuadro 2. Clasificación grupos de Trabajo Social
(de menor a mayor)

HIM	INER	INP	INCAR	INCAN	INPER	INNSZ	INNN
A	A	A	Q	A	A	J	J
B	B	G	R	B	B	I	I
C	C	H	T	C	C	H	H
D	D	P	V	D	D	G	G
E	E	P1	X	E	E	F	F
F			Y	F	F	E	E
G			Z	G	G	D	D
H					H	C	C
					I	B	B
					J	A	A
8	5	5	5	7	10	10	10

Fuente: Propuesta para la unificación de criterios para la aplicación de las cuotas de recuperación de los Institutos Nacionales de Salud (1985, s/p)

agrupada en seis categorías, y el tiempo de permanencia en el lugar del empleo, que se valoraba contabilizando el periodo en meses que tenía el proveedor principal de desempeñar dicha ocupación en un año. El tercero fue la alimentación, valorando la calidad y la cantidad. El cuarto, la vivienda, en donde se consideraron varios aspectos, como el tipo de propiedad, número de servicios públicos, tipo de materiales de construcción, número de dormitorios por vivienda, número de personas por dormitorio y zona de ubicación. En el quinto, que fue escolaridad, se incluyó el número de estudiantes en la familia, así como el grado escolar. El sexto fue el aspecto de salud que consignaba el número de enfermos crónicos o en rehabilitación. Y finalmente el séptimo, la procedencia, que ubicaba al paciente en alguna de las cuatro zonas económicas salariales en

que se dividía la República Mexicana en ese tiempo. Enseguida, se establecieron 10 clasificaciones con intervalos de 12 puntos entre cada una de ellas, haciendo un total de 120 puntos. La clasificación A contaba con el mayor subsidio y la J representaba el pago del 100% de las cuotas de recuperación. La suma del total de estas variables ubicaba al paciente en alguno de los rangos establecidos, que tenía correspondencia con determinada clasificación, como lo muestra el cuadro 3.

El instrumento se puso en marcha a partir de noviembre de 1985. Durante los dos años siguientes, en las reuniones de trabajo con la Coordinación, se monitorearon los avances en la implementación de estas nuevas variables, las cuales permanecieron sin cambios.

Posteriormente, ya no hubo convocatoria por parte de la Coordinación; sin

Cuadro 3. Propuesta 1985

NIVELES Y PUNTUACIÓN			VARIABLES	
A	———	0-12	Ingreso per cápita	50
B	———	13-24	Alimentación	15
C	———	25-36	Vivienda	15
D	———	37-48	Trabajo estable	25
E	———	49-60	Estudiantes en la familia	5
F	———	61-72	Estado de salud familiar	3
G	———	73-84	Procedencia	7
H	———	85-96		
I	———	97-108	Total	120
J	———	109-120		

Fuente: Método para la clasificación socioeconómica de los pacientes atendidos en los Institutos Nacionales de Salud.

embargo, se vio la pertinencia de continuar con dichas reuniones en forma independiente. Ya para ese entonces, la experiencia vivida había sido muy positiva, pues se había trabajado arduamente en la construcción de estos criterios y todas las jefas colaboraron de manera profesional, aceptando el reto con un gran compromiso. De tal manera que, aun teniendo cada Instituto sus particularidades, había temas relacionados con el funcionamiento y la organización de los Departamentos de Trabajo Social, cuyo análisis y discusión en conjunto era importante para generar mejoras en el desempeño de las actividades y en el crecimiento profesional. Finalmente, las aportaciones y el intercambio de experiencias buscaban impactar en forma positiva en la calidad de la atención brindada por el personal de Trabajo Social.

A partir de 1987, además del grupo ya conformado, se incorporaron al círculo

las titulares de las jefaturas de Trabajo Social del Hospital General Dr. Manuel Gea González, del Hospital General de México, del Instituto de Salud Mental, del Hospital Psiquiátrico Infantil, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y de la Asociación para Evitar la Ceguera en México. Se llevaban a cabo reuniones en forma mensual en las distintas instituciones, de acuerdo con un rol establecido.

Ya para este tiempo, las integrantes se habían organizado como un equipo, de tal manera que se lograron articular las actividades en torno a fines, metas y resultados a alcanzar, valorando la interacción, la colaboración, la solidaridad y el profesionalismo de los participantes. El compromiso para asumir tareas, la disposición para negociar y llegar a acuerdos, hacer frente a las situaciones de conflicto, fue el resultado de los logros que se obtienen del trabajo colaborativo, basado en las relaciones de confianza y de apoyo recíproco.

Las tareas a desempeñar durante los años siguientes se incrementaron abarcando las relacionadas con la sistematización de la práctica del Trabajo Social, el intercambio de experiencias en investigación social y otros temas vinculados con la capacitación continua de los trabajadores sociales, a través del enlace con la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la Universidad Nacional Autónoma de México, elaboración de lineamientos específicos para la práctica institucional de los prestadores de servicio social y tesis, así como el establecimiento de redes de apoyo para la referencia de pacientes. En estas reuniones también se volvió a analizar el contenido del estudio socioeconómico y se retomó como modelo para implementarlo en los hospitales de alta especialidad, que se incorporaron a las reuniones periódicas.

Estas actividades desarrolladas en equipo permitieron crear un clima de confianza y de apoyo mutuo, se fortalecieron los lazos de comunicación entre las jefaturas y tendieron nuevos puentes que facilitaron la referencia de los pacientes. Hubo apoyo y participación de los trabajadores sociales, para la realización y asistencia a cursos y eventos organizados por las diferentes instituciones, en donde hubo oportunidad de presentar experiencias y debatir sobre temas de interés profesional. Los directivos de las instituciones aprobaron de buen agrado estas actividades brindando todo el apoyo al grupo. Los productos del trabajo, generados en conjunto, trajeron avances y cambios en los procedimientos y métodos para abor-

dar las situaciones problemáticas que se presentaban en el día a día.

En 1996, por iniciativa de Enrique Wolpert Barraza, coordinador de los Institutos Nacionales de Salud, el estudio socioeconómico vuelve a ser objeto de estudio y revaloración, por lo que se organizan reuniones de trabajo en colaboración interinstitucional, en donde se plantea el análisis de contenido, número, tipo y ponderación de las variables; lo que representaba una oportunidad para el grupo de Trabajo Social, ya que se constituyó formalmente un equipo interinstitucional encargado de tal cometido que enriqueció la metodología, la técnica y el instrumento mismo, para contar con un estudio socioeconómico homogéneo y actualizado. En las reuniones periódicas de las jefaturas de Trabajo Social con la Coordinación de los INSALUD, Rosa María Yáñez Clavel, directora adjunta, se encargó de coordinar y dar seguimiento a los trabajos; simultáneamente, cada institución elaboró su propio perfil de usuarios y también otro de sus trabajadores sociales. Como consecuencia, se redactó el protocolo de investigación denominado "Validez y Confiabilidad del Estudio Socioeconómico en los INSALUD".

Mientras tanto, en febrero de 1997, en el Instituto Nacional de Perinatología se efectuó una reunión de trabajo para la "Evaluación de los Criterios de Asignación de Clasificación Socioeconómica para los Usuarios, el Perfil de los Usuarios y el Impacto de la Aplicación de los Catálogos de Cuotas de Recuperación en los Institutos Nacionales de Salud"; la cual se desarro-

lló a través de mesas de discusión sobre la metodología, el instrumento, las variables y su ponderación. Se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Se disminuyó de 10 a 6 niveles la clasificación socioeconómica (del 1 al 6).
2. Se formalizó la categoría de "exento de pago" (nivel IX).
3. Se reestructuró la variable de vivienda (incluyendo tenencia y tipo de vivienda).
4. Se incluyó la variable de alimentación (en el renglón de egresos).
5. La variable de ocupación se construyó tomando como referencia los 10 grupos de ocupación clasificados en el catálogo de la Organización Internacional del Trabajo.
6. Se modificaron los valores específicos de las variables.
7. Se modificaron los rangos de acuerdo con los niveles establecidos.

Se llevó a cabo la investigación documental, que orientó las sesiones de discusión y de análisis de la práctica en la aplicación de este instrumento, producto de la técnica de la entrevista realizada por los trabajadores sociales, en cada una de las instituciones, y su vinculación con las teorías. Se logró así unificar, conceptualizar y llevar de manera sistemática y ordenada el registro de las aportaciones de las expertas, quienes actualizaron ese instrumento para ser validado mediante una investigación, y ser puesto en marcha en cada una de las instituciones. En algunas de ellas hubo que trabajar en un desarro-

llo informático *ad hoc*, a fin de incorporarlo al sistema informático institucional. En otras, fue necesario efectuar los ajustes en un programa informático desarrollado con el estudio previo, y en otras más, se llevó en forma manual. Vale la pena reconocer la suma de esfuerzos y la dedicación del gremio del Trabajo Social de los institutos involucrados, para compartir conocimientos y experiencias y obtener un producto que impactara en forma significativa en las instituciones, por lo que se plasmó en el siguiente documento:

Con la participación de los titulares de los departamentos de trabajo social de los INSALUD, la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, se definieron las políticas para la aplicación de los catálogos de cuotas de recuperación, las cuales fueron aprobadas por los diferentes órganos de gobierno, y se volvieron de observancia común y obligatoria para todos los institutos. En este instrumento se incluyeron criterios objetivos para la evaluación de la situación socioeconómica de los usuarios y por primera vez se reconoció la necesidad de proteger a las familias de los gastos catastróficos, incluyendo políticas claras de reclasificación socioeconómica que garantizaran la continuidad en el tratamiento (CCINSHAE, 2000, p. 3).

Las modificaciones realizadas impactaron de forma importante en la prestación de los servicios, ya que

contribuyeron a que la determinación de tarifas base para el pago de cuotas de recuperación fuera más equitativa y per-

mitiera una redistribución en la carga del financiamiento de los servicios de salud, de tal manera que los usuarios con mejor situación económica, aportarían una cantidad mayor que aquellos que no la tenían (CCINSHAE, 2000, p. 2).

Hasta aquí pudiera dar la impresión de que el estudio socioeconómico ocupaba gran parte del tiempo del grupo, y en cierta medida fue así; pero también se llevaron a cabo otras acciones, cuyos productos incidieron en la mejora de los procesos que involucraron al Trabajo Social. Revistió particular importancia la firma de un convenio de Colaboración Académica entre la Secretaría de Salud y la ENTS de la UNAM, en el año 1997, en cuyo marco se llevó a cabo (1998) el curso "Modelo de Atención a la Salud del Nivel Hospitalario", impartido por Nelia Tello Peón, al que asistieron 11 jefes y otras tantas supervisoras de los departamentos de Trabajo Social, así como otros académicos de la ENTS-UNAM. El objetivo del curso taller fue evaluar los alcances y limitaciones de los modelos de intervención de Trabajo Social en los INSALUD en cada etapa de su sistematización, con el fin de favorecer el surgimiento de propuestas que condujeran a la elaboración de un modelo tipo, que incluyera las funciones de asistencia, docencia e investigación y reconociera las necesidades de capacitación para su posterior desarrollo en la práctica.

El modelo propuesto fue revisado y retroalimentado en cada una de las instituciones, a través de un ejercicio de

sistematización de las experiencias profesionales, en respuesta a la necesidad de contar con un modelo teórico-práctico que guiara la acción profesional de los trabajadores sociales, permitiendo una definición clara de los procesos sociales en los que incidían, y los métodos, técnicas e instrumentos a utilizar, así como los procedimientos técnicos y profesionales indispensables para su realización. Tal cometido llegó a su realización con la construcción de un modelo de intervención específico para los INSALUD. Fue en mayo de 1999, cuando se publicó el "Modelo de Intervención de Trabajo Social en los Institutos Nacionales de Salud", concebido para "poner en práctica el concepto de atención integral a la salud, el cual incluye aspectos biopsicosociales del proceso salud-enfermedad" (CCINSHAE, 1999, p. 4).

En el mismo sentido, en agosto de 1999, se llevó a cabo el curso-taller "Instrumentación del Modelo de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud", en el Instituto Nacional de Perinatología, con la participación de supervisores y trabajadores sociales operativos. El objetivo fue que los trabajadores sociales analizaran y determinaran la metodología acorde con las necesidades de la población usuaria, en relación con las políticas y programas de los INSALUD. Se formaron cuatro talleres en los que se distribuyó a las participantes; en el primero se abordó el marco de referencia, conceptos básicos y referencias fundamentales; en el segundo, el desarrollo del modelo; en el tercero, la metodología del Trabajo Social;

y en el cuarto, la metodología del Trabajo Social en salud. Finalmente, se realizó una sesión plenaria en donde se proyectaron las conclusiones.

Otro de los aspectos considerados dentro del convenio de colaboración ENTS-UNAM, fue la organización de un diplomado de Administración de los Servicios de Salud, con duración de un año, al que asistieron jefes, supervisoras y personal operativo de los departamentos de Trabajo Social de los INSALUD, y dos cursos-taller: uno sobre "Atención Individualizada" y otro de "Investigación Social", con lo cual se hizo realidad la necesaria vinculación entre academia y ejercicio profesional.

Para el 26 de mayo del 2000, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud con el objeto de "regular su organización y funcionamiento, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realicen en ellos". En ese año, el grupo trabajó en dos procedimientos adicionales que forman parte del proceso de clasificación socioeconómica; el primero es el de reclasificación y, el segundo, el de exención de pago, que se incorporaron al "Manual de Procedimientos Tipo para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación de los Institutos Nacionales de Salud" (julio, 2000).

Durante los siguientes seis años, por convocatoria propia las titulares de los departamentos de Trabajo Social, continuaron trabajando en equipo, reuniéndose en forma periódica, para revisar sus procesos

metodológicos, su quehacer profesional y los procedimientos en los que interviene el Trabajo Social; promovieron cursos de capacitación y actualización, así como el análisis y discusión de problemas comunes derivados de la práctica profesional en las instituciones.

Como parte de las acciones conjuntas y para difundir y posicionar al Trabajo Social, se organizó una actividad académica en la ciudad de Oaxaca, en 2009, que fue el primero de los 10 encuentros de Trabajo Social que se han efectuado. Siete de ellos han tenido lugar en ciudades del interior de la República, en donde se encuentran ubicados los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (Chiapas, Yucatán, Baja, Ciudad Victoria), y tres en la Ciudad de México.

El año 2009 marcó una nueva etapa en la vida del grupo y el estudio socioeconómico volvió a ocupar un lugar central en la discusión de los directivos, ya que, con la creación de la CCINSHAE, que agrupó a nuevas instituciones, resurgió la necesidad de unificar los instrumentos de valoración socioeconómica. De ahí que se haya presentado nuevamente la oportunidad de una nueva revisión metodológica del proceso de valoración socioeconómica. Se organizaron talleres de trabajo para homologar las variables y actualizar el estudio, para conformar un único instrumento y generalizar su aplicación en todas las instituciones de la CCINSHAE. Se organizaron tareas y la investigación documental para la actualización teórica de las variables y sus indicadores, así como la de su ponderación. Una vez concluido

el análisis, se discutió y sistematizó la información, se reelaboró el instrumento y se aplicó una prueba piloto para validar el instrumento con las modificaciones planeadas, lo cual llevó dos años de trabajo. En 2010, se incluyó como un proyecto transversal en el programa gubernamental de mejora de la gestión 2011-2012, titulado Estandarización del Proceso de Clasificación para el Paciente. En ello se logró la participación comprometida y sistemática de 26 instituciones coordinadas por la CCINSHAE, seis hospitales federales de referencia, tres hospitales psiquiátricos, 10 institutos nacionales de salud y siete hospitales regionales de alta especialidad.

En marzo de 2012, se llevó a cabo el estudio socioeconómico consensuado entre las distintas instituciones y es el que se halla vigente. Adicionalmente, se realizó una encuesta de satisfacción a los usuarios, respecto del nuevo instrumento y del servicio proporcionado por los trabajadores sociales, en las unidades médicas pertenecientes a la CCINSHAE. El 27 de mayo de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se emite los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud en las entidades coordinadas por dicha Secretaría".

Es así como el estudio socioeconómico es considerado como

el instrumento que se elabora al inicio de la atención del paciente, que tiene

por objeto identificar sus características para ubicarlo en un nivel de clasificación económica. Permite además conocer diferentes dimensiones y la interacción del paciente en el sistema social para identificar áreas en las que es necesario intervenir mediante un proceso secuenciado de mejora de su problemática. (*Diario Oficial de la Federación*, 2013).

También ha sido objeto de atención y trabajo coordinado, el que se refiere al capital humano de Trabajo Social, en las instituciones de salud. Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), más de una tercera parte de ellos en todo el mundo se desempeñan en el ámbito de la salud, y casi la mitad desarrollan sus actividades en campos que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población (Abreu, 2009).

Por lo tanto, el ejercicio profesional en el campo de la salud adquiere especial relevancia para el Trabajo Social. No se había elaborado un diagnóstico de recursos humanos en las instituciones coordinadas por la CCINSHAE hasta 2013, año en que se realizó el primer trabajo, mismo que se encuentra en proceso de actualización, debido a los movimientos que se han registrado por los cambios en las categorías, generadas a raíz de la profesionalización.

A la par, otro tema que se consideró importante para abordar y trabajarlo en grupo fue el relacionado con la ética. La actuación de los trabajadores sociales, como respuesta a los desafíos profesionales que enfrentan ante las necesidades de

una sociedad contemporánea, en un marco de respeto a los derechos humanos con compromiso social, motivó a actualizar el código de ética que ya se había elaborado en 2006, considerando que

una conducta ética es parte indispensable de la práctica profesional de todo trabajador social, de su relación con los usuarios, colegas, otros profesionales e integrantes del equipo de salud, así como con las instituciones, la sociedad, la profesión y entre ellos mismos (CCINSHAE, 2016, p. 8),

y se le renombró "Código de Ética para las y los Trabajadores Sociales en el Campo de la Salud".

Para concluir, es necesario tomar en cuenta que el establecimiento de un sistema de gestión de calidad para evaluar el desempeño de los profesionales del ramo es muy importante, ya que en la actualidad los indicadores con que se está midiendo solo reflejan en forma superficial y poco precisa el desarrollo o la intervención del trabajador social en los procesos en los que se encuentra inmerso en la institución. Por ello, el equipo de directivos de Trabajo Social está desarrollando indicadores desde la profesión, para aportar un instrumento que refleje con objetividad el desempeño profesional de los trabajadores sociales en las áreas sustantivas de los institutos y hospitales.

La participación de los trabajadores sociales en estas áreas es muy amplia y tan dinámica como la sociedad, por lo que son necesarios la capacitación con-

tinua y un esfuerzo sostenido para elevar la calidad de sus intervenciones, privilegiando el trabajo en equipo, con lo cual se tiene la fuerza para sortear los obstáculos que se presenten, enriqueciendo al gremio y promoviendo el reconocimiento de la profesión y de la disciplina, desarrollando un trabajo teórico metodológico y práctico trascendente, en la búsqueda de cambios sociales en las situaciones problemáticas en las que intervienen sus profesionales.

Finalmente, es la aspiración que este esfuerzo conjunto continúe rindiendo resultados para alcanzar la visión propuesta de

ser un grupo colegiado con trascendencia para el gremio y eje rector en el modelo normativo de Trabajo Social en el campo de la salud, a través de la asistencia, enseñanza e investigación social que desarrolla, para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente (CCINSHAE, 2016, p. 12).

Conclusiones

El trabajo en equipo logró que el colectivo de Trabajo Social construyera un espacio propicio para el trabajo colegiado, la discusión teórico-práctica y el intercambio de ideas, en un clima de confianza y de apoyo recíproco, con el compromiso profesional de lograr metas profesionales, generar reconocimiento social y de otros profesionales, a través de un ejercicio profesional trascendente.

El esfuerzo conjunto ha garantizado los avances profesionales logrados, como

la unificación de criterios y la consolidación del estudio socioeconómico como una herramienta que privilegia el Trabajo Social, para que el usuario de los servicios de salud tenga acceso a esos beneficios y equidad en el pago de los mismos, sustentada por una investigación valorativa, cuya aplicación se generalizó en las instituciones que conforman la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud.

Se recreó el inicio de una labor, que se ha mantenido a lo largo de los años y que ha sentado las bases para desarrollar trabajos futuros y unificar criterios, en las distintas funciones y actividades que se tienen encomendadas y que orientan la intervención profesional de los trabajadores sociales en las instituciones de salud, sin dejar de considerar que se requiere de una constante innovación, para mantenernos en la profesionalización permanente de nuestro actuar profesional.

semblanza

María Cecilia C. Ruiz González es licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Sinaloa; jefa del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; secretaria del Comité Hospitalario de Bioética en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Referencias

- Abreu Velázquez, M. C. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Enfermeros*, 3(2),70-79. Recuperado de <http://enfermeros.org/revista>
- Arciniega, S., y Brain, M. (2006). Validez y confiabilidad del estado socioeconómico. México: ENTS-UNAM.
- Brain, M. L., y Ornelas, A. (2013). Trabajo Social contemporáneo. México: ENTS-UNAM.
- Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (Octubre 1985). *Método para la clasificación socioeconómica de los pacientes atendidos en los Institutos Nacionales de Salud*. (Inédito). México: CCINSHAE.
- Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (1999). *Modelo de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud*. (Inédito). México: CCINSHAE.
- Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (2000). *Manual de procedimientos tipo para la aplicación y operación del catálogo de cuotas de recuperación en los Institutos Nacionales de Salud*. (Inédito). México: CCINSHAE.
- Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (2016). *Código de ética para las y los trabajadores sociales en el campo de la salud*. (Inédito). México: CCINSHAE.
- Diario Oficial de la Federación*. (27 de mayo, 2013). Acuerdo por el que se emite los criterios generales y la metodología [...] en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud en las entidades coordinadas por dicha Secretaría. México: Secretaría de Gobernación. Recuperado de <http://www.dof.gob.mx>
- Kisnerman, N. (1997). *Pensar en el Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Humanitas.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. (2000). *Desafíos de la educación. Diez módulos destinados a los responsables de los procesos de transformación educativa*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.buenosaires.iiep.unesco.org/sites/default/files/modulo01.pdf>
- Ornelas, A., Bustamante, T., y Brain M.L. (2014). *Fase operativa de la investigación social, Cuadernillo 3*. México: ENTS-UNAM.
- Secretaría de Salud. (2000). Ley de los Institutos Nacionales de Salud. *Diario Oficial de la Federación* (26 de mayo).