

UDS

LIBRO

TRABAJO SOCIAL EN SALUD

TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN COMUNITARIA *SEPTIMO CUATRIMESTRE*

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de

cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Trabajo Social en Salud

Objetivo de la materia:

Generar conocimientos originales e innovadores de intervención en problemáticas de carácter social e investigación para dar cumplimiento en la protección a la salud.

Criterios de Evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
2	Actividades web escolar	30%
3	Actividades Áulicas	20%
4	Examen	50%
Total de Criterios de evaluación		100%

UNIDAD I

LA CONSTRUCCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL: BUSCANDO LA CONEXIÓN CON LA SALUD

- 1.1 Perspectiva histórica de los orígenes del Trabajo Social y sus figuras de referencia.
- 1.2 Institucionalización del Trabajo Social como disciplina y profesión.
- 1.3 El sistema sanitario español: recorrido histórico y organización de los servicios de salud.
 - 1.3.1 Recorrido histórico.
 - 1.3.2 Organización de los servicios de salud.
 - 1.3.3 El sistema sanitario y la crisis económica.
- 1.4 El marco legislativo en el campo de la salud.
 - 1.4.1 Marco legislativo europeo.
 - 1.4.2 Marco legislativo autonómico (comunidad de Madrid).
 - 1.4.3 Marco legislativo local (ayuntamiento de Madrid).
- 1.5 La evolución del trabajo social en España.
- 1.6 El Trabajo Social: identidad y ética, campo de actividad y convergencia con la salud.

UNIDAD II

FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO DE SALUD Y SU DIMENSIÓN POLÍTICA

- 2.1 La salud: Definición y evolución del concepto.
- 2.2 Modelos causales.
 - 2.2.1 Modelo unicausal.
 - 2.2.2 Modelo multicausal.
 - 2.2.3 Modelo múltiples causas/múltiples efectos.
- 2.3 Construcción del concepto de salud social.
- 2.4 Los sistemas de protección de la salud.
- 2.5 El modelo de salud OMS o europeo.
- 2.6 El concepto salud enfermedad.
- 2.7 Conceptos de Salud Pública y medicina social.
- 2.8 Salud Pública y su relación con los sectores educativo y laboral.

UNIDAD III

MARCO LEGAL DE LA SALUD EN MÉXICO

- 3.1 Retrospectiva y prospectiva del trabajador social en el sistema de salud.
- 3.2 Trabajo Social en salud en México.
- 3.3 Elementos sustantivos.
 - 3.3.1 Derecho constitucional a la protección de la salud.
 - 3.3.2 Ley General de salud, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
 - 3.3.3 Ley General de salud, Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
 - 3.3.4 Plan Nacional de Desarrollo.
 - 3.3.5 Programa Nacional de Salud: programas prioritarios.
- 3.4 Reforma del Sector Salud.
- 3.5 El Sistema Nacional de Salud.
- 3.6 Plan integral de atención a la salud de la población migrante.
 - 3.6.1 Atención Médica Prehospitalaria.
 - 3.6.2 Atención Médica.
 - 3.6.3 Protección contra riesgos sanitarios.
 - 3.6.4 Fortalecimiento de alianzas, redes y cooperación con los países fronterizos.

UNIDAD IV

ÁREA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

- 4.1 Trabajo Social en el área de la salud.
- 4.2 Objetivo general de la intervención de Trabajo Social en salud.
- 4.3 Competencia específicas del Trabajo Social en el área de salud.
- 4.4 Proyección de la profesión de Trabajo Social de cara al futuro.
- 4.5 Trabajo Social, interdisciplinariedad y salud.
- 4.6 Funciones esenciales y niveles de atención en salud.
- 4.7 Trabajo Social sanitario: Definición y prácticas de intervención.
 - 4.7.1 Trabajo Social en atención primaria.
 - 4.7.2 Trabajo Social en ámbito hospitalario.
 - 4.7.3 Trabajo Social en salud mental.
 - 4.7.4 Trabajo Social en adicciones.
- 4.8 Normas oficiales mexicanas-NOM y trabajo social sanitario.

- 4.9 Fundamentos teórico-metodológicos para la acción social en salud.
- 4.10 Los modelos de intervención del trabajo social en salud.
- 4.11 Tipos de investigación social en el ámbito de la salud.
- 4.12 Los formatos institucionales y su función (visita domiciliaria, estudio social médico, nota de trabajo social).
- 4.13 Directorios institucionales y su formulación.
- 4.14 Redes de apoyo para la acción social en salud.

INDICE

UNIDAD I.....	12
LA CONSTRUCCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL: BUSCANDO LA CONEXIÓN CON LA SALUD.....	12
1.1 Perspectiva histórica de los orígenes del Trabajo Social y sus figuras de referencia.....	12
1.2 Institucionalización del Trabajo Social como disciplina y profesión....	19
1.3 El sistema sanitario español: recorrido histórico y organización de los servicios de salud.....	26
1.4 El marco legislativo en el campo de la salud	41
1.5 La evolución del trabajo social en España.....	56
1.6 El Trabajo Social: identidad y ética, campo de actividad y convergencia con la salud	61
UNIDAD II.....	67
FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO DE SALUD Y SU DIMENSIÓN POLÍTICA.....	67
2.1 La salud: Definición y evolución del concepto	67
2.2 Modelos causales.....	73
2.5 El modelo de salud OMS o europeo	86
2.7 Conceptos de Salud Pública y medicina social	94
2.8 Salud Pública y su relación con los sectores educativo y laboral	100
UNIDAD III	105
MARCO LEGAL DE LA SALUD EN MÉXICO.....	105
3.1 Retrospectiva y prospectiva del trabajador social en el sistema de salud	105
3.2 Trabajo Social en salud en México.....	108

3.3 Elementos sustantivos.....	110
3.4 Reforma del Sector Salud.....	121
3.5 El Sistema Nacional de Salud.....	125
3.6 Plan integral de atención a la salud de la población migrante	128
UNIDAD IV	132
ÁREA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL.....	132
4.1 Trabajo Social en el área de la salud	132
4.2 Objetivo general de la intervención de Trabajo Social en salud	134
4.3 Competencia específicas del Trabajo Social en el área de salud.....	134
4.4 Proyección de la profesión de Trabajo Social de cara al futuro	136
4.5 Trabajo Social, interdisciplinaridad y salud	136
4.6 Funciones esenciales y niveles de atención en salud.....	137
4.7 Trabajo Social sanitario: Definición y prácticas de intervención	141
4.8 Normas oficiales mexicanas-NOM y trabajo social sanitario	150
4.9 Fundamentos teórico-metodológicos para la acción social en salud.	157
4.10 Los modelos de intervención del trabajo social en salud	158
4.11 Tipos de investigación social en el ámbito de la salud.....	163
4.12 Los formatos institucionales y su función (visita domiciliaria, estudio social médico, nota de trabajo social)	165
4.13 Directorios institucionales y su formulación	167
4.14 Redes de apoyo para la acción social en salud.....	168
Bibliografía.....	171
Sugerencias de videos académicos	172
Linkografía.....	172

UNIDAD I

LA CONSTRUCCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL: BUSCANDO LA CONEXIÓN CON LA SALUD

I.1 Perspectiva histórica de los orígenes del Trabajo Social y sus figuras de referencia

El desarrollo del Trabajo Social se realiza bajo la influencia de contextos religiosos y humanistas, es decir, desde una tradición de la caridad y desde la práctica de la filantropía. Existen muchos más ejemplos de organizaciones, dentro del ámbito religioso, que desarrollaron, posteriormente, modelos de actuación organizados y, aunque el exponerlos no es objeto de este estudio, se citaran tres ejemplos como precursores de una asistencia social organizada.

La primera desarrollada por las Hijas de la Caridad, Compañía fundada por San Vicente de Paúl en 1633. Posteriormente, y de especial interés, la Sociedad de San Vicente de Paúl y sus Conferencias (1833), con los “visitadores voluntariosos” y Thomas Chalmers (1870-1847) quien utilizó también la figura de los visitadores para conocer y atender las necesidades que se daban en el marco geográfico de su parroquia. Ambos son citados por algunos autores (Moix, 1991; Fernández García, 2009) debido a la importancia que tiene el introducir la figura del voluntariado como expresión de las primeras formas de asistencia organizada.

En este contexto de importante influencia religiosa, la consecuencia, o herencia principal, se observa al contemplar las intervenciones sobre las situaciones de pobreza. Cómo se generan, desde una perspectiva predominantemente paternalista y moralizante más que desde el deseo de introducir cualquier tipo de análisis del origen de los problemas sociales y políticos. Son intervenciones sobre el problema individual pero no sobre la causa. Esto comienza a cambiar a finales del siglo XIX y en los primeros años del XX, donde aparecen tendencias que potencian acciones más encaminadas a la profesionalización y a la politización.

Este cambio en la dirección de la reflexión y la acción viene tras las crisis económicas que obligan a contemplar la "cuestión social" y su consecuencia más distorsionante, la pobreza, de otra manera. La caridad como manera de abordar la ayuda de las personas desfavorecidas se descubre ineficaz y el interés se desplaza hacia el desarrollo de

procedimientos técnicos que, aplicados teniendo como base el conocimiento científico, puedan mitigar o solucionar el problema de la pobreza y la desorganización social que generó episodios de protestas violentas y alarma social (Tannenbaum y Reisch, 2001).

Sobre esta etapa existen importantes referencias en el Reino Unido, ya que fue uno de los países donde se produjo la industrialización y, sobre todo, en Estados Unidos de América (en adelante USA). Allí, además de la industrialización, se sumó la realidad de importantes problemas derivados del número de población inmigrante que se hacinaba en sus nuevas ciudades.

La idea partía de aprovechar el entusiasmo del impulso tecnológico que se estaba produciendo, de manera visible e importante, en la industria y aplicar este modelo científico a los procesos sociales y políticos para abordar las problemáticas y los desajustes que se estaban produciendo en la sociedad.

Al hablar de precedentes existen tres maneras de entender la organización de esa Caridad filantrópica o cristiana, que cimentaba los inicios del Trabajo Social como disciplina y como profesión, y también en algunas de las principales figuras del Trabajo Social que desarrollaron su tarea práctica y científica desde estos movimientos. Se de las Almshouses, Charities Organization Societies (en adelante COS) y el Settlement House Movement.

Por las “almshouses”, también denominadas “county home” o “poor house”. Éstas constituyeron una primera manera de organizar el “sistema de socorro” y a las personas que se encontraban en situación de pobreza o extrema necesidad. Básicamente era 104 una institución pública administrada localmente para ancianos sin hogar y sin medios. Estas “casas de beneficencia” acogían a un heterogéneo perfil de usuarios “enfermos mentales, de epilepsia, con retraso mental, ciegos, sordos y mudos, mancos, tuberculosos y los indigentes de edad, así como para los vagabundos, pequeños delincuentes, prostitutas, madres solteras y niños abandonados y descuidados” (Encyclopædia Britannica, 2001).

En la segunda mitad del siglo XX este tipo de establecimientos disminuyeron sustancialmente, aunque en el Reino Unido un número considerable ha perdurado hasta nuestros días. Se cifra en 1.700 los grupos de organizaciones benéficas hospicio que siguen

prestando servicio y más del 30% ocupan edificios catalogados, habiendo celebrado muchos de ellos aniversarios de más de 400 años (The Almshouse Association, 2015).

En los Estados Unidos de América existían desde la época colonial pero es en el primer cuarto del siglo XIX cuando se potencia esta fórmula como una nueva manera de dar respuesta organizada, sobre todo en la costa Este, a la pobreza. Desde 1835, 51 de los 55 comités del Estado de Nueva York cuentan al menos con 1 almshouse. De ellas, son 83 solamente en el Estado de Massachusetts, 180 en 1840 y 219 en 1860 (Tannenbaum y Reisch, 2001).

Una característica importante de estos alojamientos es que muchas de estas casas de beneficencia se encontraban, y se encuentran algunas todavía, en el centro urbano de las ciudades y pueblos, potenciando su integración en la comunidad local, y con el beneficio añadido de asegurar a las personas estar cerca de los servicios básicos.

Las Charity Organization Societies fueron otro movimiento que intentó abordar la pobreza generando una nueva perspectiva. La primera COS se creó en Inglaterra, concretamente en Londres en el año 1869. Una de las principales figuras en su desarrollo fue Charles Stewar Loch, secretario general de la misma durante 38 años y que aportó ideas y planteamientos que ahondaban en la filosofía de la COS: el generar, mediante la ayuda, una futura situación de autonomía, es decir ayudarle para que se ayude (self-help) (Tannenbaum y Reisch, 2001).

El self-help está en concordancia con el individualismo característico del darwinismo social. Éste contempla que la evolución histórica es un proceso natural, en cuyo resultado de equilibrio el Estado no debe intervenir, exceptuando para proteger los derechos fundamentales, en aquello que el individuo pueda hacer por sí mismo y de manera libre.

Si bien era una intervención de corte individualista, contemplan a la familia como un recurso necesario y de alguna manera con el deber de ayudar a sus miembros a salir de esa situación.

Fue una iniciativa que pretendía, además de realizar esta ayuda organizada hacia la persona, organizar la propia red de organizaciones e instituciones y los recursos que incidían sobre la persona. Aparece la categoría de pobre merecedor y no merecedor y, lo que es más importante, a grandes rasgos, el estudio para generar esta clasificación,

realizado por los visitantes previamente formados, mediante una encuesta que, posteriormente, se evaluaría para determinar si reunía los requisitos para la ayuda. Tras esta decisión se plantearía un plan de ayuda consensuado con la persona y su familia que conllevaría la concesión de una ayuda temporal, adecuada y suficiente. Con esta nueva metodología, el movimiento de organización de caridad rompió con las formas anteriores de dispensación de la ayuda directa.

Este enfoque básico se expandió rápidamente, no solo en Reino Unido, sino en USA. La primera COS estadounidense aparece en Buffalo, Nueva York, en 1877. Durante las dos siguientes décadas el movimiento fue tomando más importancia hasta que, a principios del siglo siguiente, en todas las áreas urbanas importantes en América se desarrolló alguna forma de COS (Banda, 2009).

El origen y crecimiento de las COS tienen, entre otras influencias, las ideas procedentes del Neo-malthusianismo y las teorías económicas de Hobbes y Adam Smith, así como el aumento de la tensión social y el socialismo como elementos políticos que comenzaba a tomar importancia (Miranda, 2004).

En Inglaterra, junto a la figura de Loch, la referencia para entender la concepción de la pobreza en la época victoriana, y sobre todo la transición hacia nuevas maneras de abordar la intervención con las personas en esta situación es Octavia Hill (Banda, 2009).

Octavia Hill desarrolló su proyecto en Londres utilizando la vivienda como eje y elemento facilitador para la educación. Mediante la supervisión de los inquilinos a los que se les cedía la vivienda, conseguía intervenir a través de la visita, que tenía como objeto el cobro del alquiler y convertía este encuentro en el momento para realizar su investigación y facilitar señalamientos educativos orientados a enseñar o mejorar sus habilidades domésticas y generar un proyecto de intervención familiar.

Estableció unas normas para la enseñanza del Trabajo Social y un registro de casos que constituyen su principal contribución al Trabajo Social. Octavia Hill, junto a las mujeres que desarrollaban esta tarea, fueron pioneras en el desarrollo de la filantropía "científica" ya que, mediante su intervención, estudios y observación dieron el paso de explicar la pobreza como un hecho estructural y no como un tema individual y moral. (Capilla y Villadóniga, 2004).

La COS de Baltimore tiene una especial relevancia ya que en ella comienza su carrera Mary Ellen Richmond (1861-1928), quien realiza importantes aportaciones para mejorar la modernización y profesionalización de la atención a los más desfavorecidos introduciendo, en su actuación y enseñanza, algo que hoy, en el Trabajo Social actual, es absolutamente indiscutible: la necesidad de realizar una investigación y un diagnóstico antes de facilitar la prestación de atención (NASW, 2004).

Mary Ellen Richmond desarrolla los contenidos y metodología del Diagnóstico aproximadamente en 1910. Aunque es con su libro “Diagnóstico Social”, a partir de 1917, cuando se afianzan las bases que permitirían al Trabajo Social profesional tener una metodología científica estableciendo una correspondencia entre las personas (“los clientes”) y el medio ambiente. En 1922 publica el libro “Caso Social Individual”.

Mary E. Richmond junto a Octavia Hill y Jane Adams son, para muchos profesionales, las principales fundadoras del Trabajo Social.

SETTLEMENT HOUSE MOVEMENT

Al igual que las COS, esta nueva organización filantrópica, nace en Inglaterra en 1884, con el nacimiento de Toynbee Hall por el matrimonio Barnett, que habían trabajado con Octavia Hill (The Almshouse Association, 2015).

Este tipo de organización se difunde posteriormente, y de manera rápida, en USA. Cabe hacer especial mención del primero fundado en USA, en Boston, “Andover House” y, sobre todo, en el fundado en la ciudad de Chicago en 1889 por James Addams, la “Hull House” a la que se sumo posteriormente Florence Kelly.

Los settlements nacen dando un giro de tuerca más a la apuesta de vivienda de las Almshouse de Octavia Hill y a la filosofía de las COS ya que se centraban más en las causas ambientales de la pobreza, de las que los individuos no tienen casi control. Se diferenciaban, así, de las COS, de corriente individualista y que centraba los problemas sociales, precisamente, en el propio individuo. No intentaban clasificar en merecedores o no sino descubrir medios para ayudar a estas personas. En consecuencia, trataron de reformar aspectos de la sociedad que identificaban como causantes de los problemas. También centraron sus objetivos en intentar cambiar los barrios y ampliar las oportunidades de trabajo (Tannenbaum y Reisch, 2001).

El movimiento de los asentamientos (“Settlements Movement”) era un nuevo enfoque que, sobre todo en los Estados Unidos, centraba su mirada en los problemas de la ciudad y sus bolsas de pobreza, que procedía, principalmente, de las nuevas oleadas de inmigrantes. Este crecimiento demográfico procedente de la llegada de inmigrantes que se cifra, entre 1870 y 1900, en un aumento de la población de casi 12 millones de personas (Fernández García, 2009), genera situaciones precarias de hacinamiento y relacionadas con la salud debido a las graves carencias en el saneamiento y la alimentación. En este contexto de precariedad y tensiones sociales surge este nuevo movimiento caritativo centrado en mejorar las circunstancias de los inmigrantes y cimentado en el espíritu y el valor de la democracia (Mizrahi y Davis, 2008).

El éxito de esta iniciativa se puede medir en el crecimiento de los Settlement Houses. En USA en 1895 existían 50. En 1900 pasaron a ser más de 100. Solamente una década después, la cifra ascendía a más de 400 asentamientos repartidos en 32 estados de la nación (Miranda, 2004).

Por último, simplemente, poner en valor que se plantearon modelos de intervención alternativos a los Almshouse y a las COS. Quizás en ese momento histórico y contexto sociopolítico hay que ensalzar que mantuvieran una posición abierta ante la llegada de emigrantes, con un discurso antirracista, acogedor de los emigrantes, sufragista y desde una postura pacifista. Ligado a estas posturas aperturistas y valientes surgen varias líderes del Trabajo Social como Jane Addams, Lillian Wald y Florencia Kelly, que también fueron conocidas como activistas del movimiento sufragista que promovía el derecho al voto de las mujeres.

Resaltar, de manera muy especial, como se ha comentado anteriormente, la figura de Jane Addams (1860-1935) como una de las pioneras del Trabajo Social. Entre sus variados méritos podemos mencionar su bibliografía. Algunos escritores la sitúan como una de las fundadoras de la Escuela de Chicago. En 1910 fue la primera mujer que ocupó la presidencia de la Conferencia Nacional de Asistencia Social y en 1931 recibió el premio Nobel de la Paz, que compartió con Nicholas M. Butler (Nobelprize.org, Jane Addams Hull-House Museum of Chicago, 2015).

Resumiendo: la profesionalización del Trabajo Social es el resultado del paso desde la asistencia social pública, que ofrecían las almshouses, hasta el esfuerzo de racionalización,

coordinación e investigación que daría como resultado la “caridad científica” que impusieron, en un primer momento, las diversas “Charities Organization Societies”. Estas proponen el “case work” como la técnica que da operatividad a esta propuesta y también a la necesidad de formar personal competente para aplicar estas técnicas.

En un segundo impulso aparece el Settlement Movement, que se desarrolla en las zonas urbanas más desfavorecidas para compartir la vida de los pobres y ayudarles a transformarla haciéndose las/os primera/os trabajadoras/es sociales más próximos y concededores de las condiciones materiales de la cultura de la pobreza: hábitat, higiene, paro, etc. Estas condiciones no eran atribuibles, como en los movimientos anteriores a dimensiones individuales y/o psicológicas sino que eran estructurales y provocadas por la nueva reestructuración social que estaba sucediendo debido a los cambios impactantes que trajo la Revolución Industrial.

El Trabajo Social comenzaba a generar respuestas, pero también reflexiones, sobre lo que sucedía en ese contexto social y político donde existían problemas sociales de desigualdad y tensión social que conllevaban a altos niveles de pobreza. También reflexionaba sobre cómo intervenir y desde donde intervenir.

Es el momento de transición del voluntariado al profesionalismo y, en consecuencia, del nacimiento del Trabajo Social en el que fueron determinantes dos figuras y movimientos íntimamente inervados: Mary Richmond y las COS y Jane Addams y los Settlement Houses. Sin estas figuras no se podría comprender la historia del Trabajo Social.

La obra de M. Richmond aporta aspectos metodológicos que dan estructura a la disciplina y referencias teóricas de otras disciplinas (sociología, pedagogía, etc.). Con ello, el Trabajo Social establece un diálogo con la Escuela de Chicago, donde Jane Addams tiene un papel relevante. El método científico, la influencia del empirismo, la dimensión reformista y democrática y las técnicas cualitativas generan la base de la práctica, mientras que el Pragmatismo y el Interaccionismo simbólico, y posteriormente el Psicoanálisis, lo hacen, en estos primeros momentos, en el plano filosófico y teórico (Miranda, 2004). (Reguera, 2019).

I.2 Institucionalización del Trabajo Social como disciplina y profesión

Una manera de conseguir el reconocimiento es la institucionalización, o lo que es lo mismo, la legalización, que no es más que la acreditación por medio de “la autenticidad de un documento o de una firma”, como define la RAE (2014).

El Trabajo Social se fue institucionalizando desde la presencia creciente en algunos de los movimientos anteriormente citados, pero la institucionalización como disciplina tenía que ir ligada al ámbito educativo académico. ¿Pero cómo se inicia ese camino?

Todo lo expuesto anteriormente tiene especial relevancia y presencia dentro del contexto de USA. Aunque el Reino Unido fuera el país donde se originan los principales movimientos (las COS y los Settlements houses) que van a impulsar la formación del Trabajo Social, en Europa el avance es más lento en el proceso de creación de la disciplina. Este avance tiene diferentes ritmos en el proceso de profesionalización e incluso en los niveles de reconocimiento social y profesional, nutriéndose principalmente de las bases que, como disciplina, generaba el Trabajo Social en USA.

El aspecto del reconocimiento me parece interesante como elemento diferenciador. Es importante la visibilidad positiva que genere o se le otorgue a cualquier actividad, profesional o científica, y creo que ésta influye en la fuerza que tenga el desarrollo de esta actividad y en el entronque que genere en la misma sociedad.

Este se observa en aspectos tan puntuales como el reconocimiento que se le otorga a algunas personas que han influido en la sociedad y en su política desde el Trabajo Social. Figuras, más allá de las indiscutibles Mary Richmond o Jane Adams, tienen ese prestigio: Frances Perkins, Withney M. Young Jr., Harry Hopsking, Jeanette Rankin y otros destacan en el mundo académico, político o representativo y se reconoce públicamente su influencia desde las plataformas académicas y corporativas del Trabajo Social en Estados Unidos.

La institucionalización conlleva este reconocimiento y, en el caso de la realidad estadounidense, tiene un importante punto de partida en el programa establecido por la COS de Nueva York en asociación con la Universidad de Columbia. Este se convirtió en la Escuela de Filantropía de Nueva York y, eventualmente, pasó a ser la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Columbia, que, en sus orígenes, tenía un plan de

estudios que priorizaba más la práctica que el conocimiento teórico (Kamerman, Mullen y Fanshel, 1993).

Desde que, en el verano de 1898, se ofreció la primera clase de Trabajo Social en la Universidad de Columbia se fueron ampliando las experiencias formativas en otras zonas urbanas. En éstas se ofrecía, principalmente, este entrenamiento metodológico que estaba unido a espacios donde actuaban organizaciones benéficas que querían mejorar las prácticas de su cuerpo de voluntarios.

En 1919 había 17 escuelas de Trabajo Social afiliadas a la Asociación de Escuelas de Entrenamiento de las Escuelas de Trabajo Social, el antecesor de lo que hoy se denomina Concejo Pedagógico para el Trabajo Social (Council on Social Work Education, CSWE, sus siglas en inglés) (Tannenbaum y Reisch, 2001).

Aprovechando que en 2015 celebró su 60 aniversario, también tiene una especial relevancia la creación de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Americanos (NASW). Ésta nació en 1955 para promover el estatus profesional del Trabajo Social. Varios grupos de trabajo y de las organizaciones que ya se habían establecido en todo el país se consolidaron para formar esta nueva asociación. Hoy en día esta organización, representativa del Trabajo Social, es la más grande del mundo y cuenta, según sus propios datos, con 150.000 miembros distribuidos en 56 “capítulos” o juntas en 50 de los Estados de la Nación, más Puerto Rico, Islas Vírgenes y Guam.

La NASW, más allá de promover, desarrollar y proteger la práctica del Trabajo Social y a los trabajadores sociales, orienta su labor a trabajar y abogar por “la mejora del funcionamiento y el bienestar tanto de individuos como de las familias y de las comunidades” (NASW, 2016). Pero sobre todo lo cito porque es el organismo que otorga certificaciones profesionales desde su Centro de Credenciales y aquí es donde destacan algunas relacionadas con el Trabajo Social en Salud o Clínico.

- ACSW (Academy of Certified Social Workers): Reconocimiento de Peritaje en Practica Generalista.
- DSSW (Department of Sociology and Social Work): Reconocimiento más alto que ofrece la NASW para un trabajador social clínico.
- QCSW (Qualified Clinical Social Worker): Certificación de Práctica Clínica Inicial.

Hay certificación de especialidades en el cuidado de salud, gerontología, hospicio, Trabajo Social escolar, substancias, para intervención de casos y en el área de familias y niños.

El Consejo de Educación en Trabajo Social (CSWE) fundado en 1952 es reconocido por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior como la única agencia de acreditación de la educación del Trabajo Social en este país. Cuantifican el número de Programas de Trabajo Social, a partir de la reunión de junio 2015 con los siguientes datos:

- 506 programas de asistencia social de bachillerato acreditados.
- 238 programas de Trabajo Social de maestría acreditados.
- 15 programas de Trabajo Social de bachillerato en la candidatura.
- 17 programas de Trabajo Social de maestría en la candidatura.

El Trabajo Social en Europa no tiene un crecimiento tan homogéneo, principalmente por la propia diferencia que marca la realidad geopolítica y cultural de cada uno de los países que integran esta realidad.

Europa es un espacio formado por 47 países democráticos que son miembros del Consejo de Europa, con una población total de alrededor de 800 millones de personas (De la Fuente, 2015). En este conjunto se engloban algunos de los países más desarrollados económica y socialmente del mundo. Todos ellos con diferentes modelos de bienestar social para dar respuesta a las situaciones de pobreza y desigualdad de sus ciudadanos.

Veintisiete de esos países son también miembros de la Unión Europea. Una unión política con las instituciones comunes y los marcos jurídicos que tienen supremacía sobre los parlamentos nacionales.

Los principales grupos lingüísticos son germánico (como el alemán, danés, inglés), eslavos (como ruso, polaco, checo) y romance o latinos (como el francés, italiano, rumano o español), junto con un número de otros grupos y varias lenguas más pequeñas (Universität Frankfurt Johann Wolfgang Goethe. TITUS, 2014). Aunque la UE trabaja en todas las lenguas de los Estados miembros, las lenguas oficiales del Consejo de Europa son el Inglés y Francés.

Como hemos visto anteriormente, en la influencia del ejercicio de la caridad y el socorro a los más pobres, el cristianismo, aunque con diferentes doctrinas, es la religión histórica del entorno geográfico. Estas doctrinas, en la actualidad, mantienen una influencia social y política importante.

Los movimientos migratorios internos y externos también han tenido una gran importancia en los cambios socioeconómicos y las influencias geopolíticas. Principalmente en el proceso de emigración hacia América en los siglos XVII al XX. También la inmigración hacia Europa occidental procedente de países de todo el mundo en la segunda mitad del siglo XX, sin olvidarnos del éxodo rural hacia las grandes urbes.

Todos los antecedentes de atención a la pobreza, la Revolución Industrial, los desajustes provenientes de las dos Grandes Guerras y las tensiones sociales que han existido, han ido tejiendo, dentro del espíritu europeo, respuestas individuales a nivel de cada Estado pero también el deseo de realizar una mirada única de los problemas colectivos como comunidad de naciones.

En el campo de lo social no existe una respuesta común y consistente como la que se puede dar en el campo de la salud. En este campo se creó e impulsó el Comité Internacional de la Cruz Roja, que, desde su fundación en 1863, tenía como objetivo el prestar protección y asistencia a las víctimas de los conflictos y enfrentamientos armados. Un año después, en 1864, se generó el consenso suficiente para que 12 países firmaran el primer Convenio de Ginebra. Este acuerdo internacional aumentó a 37 países en la Convención de 1929 (Cruz Roja, 2010).

Uno de los primeros escenarios donde se refleja este deseo de acordar una mirada común en el campo de lo social es en la Conferencia Internacional de Servicio Social celebrada en París, Francia, en 1928 y en la que estuvieron representados 42 países del entorno europeo (FITS, 2017).

Los grandes temas de la Conferencia, que tiene que ver con este deseo de estructurar y consolidar el Trabajo Social, fueron cinco:

- La organización general del servicio social.
- La enseñanza del servicio social.

- Los métodos del servicio social de casos individuales.
- Servicio social e industria
- Servicio social e higiene social.

La preocupación por el tema de la enseñanza dejó en evidencia la disparidad de realidades en las escuelas de Trabajo Social situadas en países con diferentes lenguas, culturas, sistemas educativos y contextos socioeconómicos.

En el informe que se elaboró de esta Conferencia de París se constataba que la realidad de estas escuelas, en algunos casos, va unida a la institución universitaria, especialmente en las de tradición anglosajona. Otras escuelas estaban unidas a instituciones religiosas, y, en el caso de los países de influencia socialista, estaban ligadas al movimiento obrero. Ni tan siquiera existía uniformidad en la duración de sus programas de estudios. Mientras que en Alemania el programa duraba 3 años, en la mayoría de las Escuelas tenían estructurado su programa en 1 año menos.

En el citado informe se contabilizaban 36 Escuelas en Alemania, 23 en Estados Unidos, 11 en Gran Bretaña, 8 en Bélgica, 6 en Francia y Austria, 4 en los Países Bajos, 3 en Suecia y Suiza, 2 en Checoslovaquia, Canadá y Hungría, y ya tenían 1 Escuela en India, Polonia, Noruega Chile y China. Como ya veremos más adelante la realidad española comienza un tiempo después (Miranda, 2004).

Esta conferencia da base a otras estructuras que surgirían posteriormente, como la formación del Consejo Internacional de Bienestar Social, la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social y la eventual formación de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales.

Pero la identidad del Trabajo Social en Europa tiene un momento definido al reconocerse, en una decisión formal formulada en el Consejo de Europa (2001), que proporciona la declaración oficial más amplia sobre el papel del Trabajo Social en el contexto europeo (ANECA, 2004).

En este momento se ha avanzado mucho desde los datos que aportaba la Conferencia de París y en la mayoría de los países europeos tienen programas educativos de Trabajo

Social dentro del ámbito educativo universitario o bien en instituciones de educación superior equivalentes.

Cerca de 300 instituciones educativas ofrecen cursos de Trabajo Social profesional en Europa que van desde los 3 años de duración a los 5 años (European Association of Schools of Social Work. EASSW, 2015). Con la Declaración de Bolonia de 1999 se apostó por la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), en marzo de 2010, incluyendo 47 países europeos (EEES, 2015).

Este nuevo escenario educativo que tiene como objetivo el mantener la calidad de la educación superior europea, garantizando una mayor coherencia entre los diferentes programas y favoreciendo la eliminación de las barreras a la movilidad de estudiantes y profesores, también ha influido en los estudios de Trabajo Social de manera diferente en cada país (EurActiv, 2008).

Otras redes académicas y profesionales que dan solidez a la estructura y favorecen la organización del trabajadores sociales europeos son: la Federación Internacional de Trabajadores Sociales Región Europea (<http://www.ifsw.org/europe>), la Asociación Europea de Escuelas de Trabajo Social (EASSW: <http://www.eassw.org>), el Consejo Internacional de Bienestar Social Región Europea (<http://www.icsw.org/regions.htm>) y la Plataforma Europea para Trabajo Social en todo el mundo (<http://www.eusw.unipr.it/index.php>), entre otras.

A nivel profesional, el movimiento dentro de la UE de los trabajadores sociales está sujeto a la Directiva sobre cualificaciones profesionales 2005, basándose en las directivas anteriores (Unión Europea, 2005).

En Europa, el desarrollo de los “modelos sociales” y la mejora de la calidad de los servicios sociales experimentó, durante la segunda mitad del siglo XX, un avance y un consenso histórico. En este momento tiene diferentes e importantes retos que abordar, especialmente relacionados con las limitaciones económicas y las actitudes sociales. La realidad de la crisis económica y financiera de la que hoy aún estamos experimentando sus consecuencias, ha amenazado seriamente el crecimiento y sostenibilidad de los servicios sociales de manera más incisiva y dramática en Portugal, Italia, Irlanda, España y sobre todo Grecia, desplazando los debates no a la necesidad de la existencia o impulso

de los servicios sociales, sino más bien a la forma en que se puede proporcionar las prestaciones de servicios de manera más eficaz y económica.

Pero, ¿cómo medir en indicadores de eficacia la intervención socioeducativa sobre personas o colectivos en alta vulnerabilidad o exclusión? Aquí la rentabilidad nunca estará garantizada a corto-medio plazo.

Por otro lado existe una realidad sobre la que los gobiernos de Europa no pueden dejar de mirar y abordar: la demografía del envejecimiento y el reto de proporcionar atención sanitaria y social a la misma.

El problema es que esto se conjuga con una disminución de la fuerza de trabajo productiva, que es la que produce los recursos económicos, para dar respuesta con calidad a un sector de la población que tiende a invertir las tradicionales pirámides de población. También se conjuga con las actitudes sociales. ¿Qué opinaran los ciudadanos sobre el sostenimiento del sistema actual cuando esto incida en otro tipo de recortes o en un aumento de la presión fiscal?

Resumiendo: el establecimiento y desarrollo del Trabajo Social va unido al desarrollo de la normativa y de los sistemas de protección social de carácter público y, como he señalado, también al desarrollado por instituciones privadas, con vinculaciones religiosas o filantrópica. Esta base es también la que impulsó, desde los ámbitos público y privado, la creación de Escuelas de Trabajo Social, de manera muy diferente según los países.

La idea de Europa plasmada de manera institucional y, derivado de ello el desarrollo de los sistemas de protección, tuvieron gran impulso tras la Segunda Guerra Mundial, donde se hace imprescindible atender las necesidades de la población tras el conflicto bélico mediante la creación de sistemas de protección social.

Como figura relevante del Trabajo Social en Europa se señala, de manera especial, a Alice Salomon (1872-1948). De origen alemán y de familia judía, le toco vivir en una época y contexto difícil donde el Trabajo Social, en mitad de la barbarie que suponía la Alemania del partido Nacional Socialista, se convirtió en una tarea de heroínas y héroes anónimos.

Sus aportaciones tienen que ver, especialmente, con el campo de la formación y la internacionalización del Trabajo Social, fundando en 1929, lo que en la actualidad se

conoce como Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW). Profundiza en la relación del Trabajo Social con otras disciplinas científicas en el trabajo y bienestar social. Su figura da nombre a la Alice Salomon Hochschule Berlin, la Universidad de Berlín de Ciencias Aplicadas, donde se da el programa de postgrado en Trabajo Social, salud y educación (Idareta-Goldaracena, 2012). (Reguera, 2019).

1.3 El sistema sanitario español: recorrido histórico y organización de los servicios de salud

1.3.1 Recorrido histórico

“Un Sistema de Salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud... necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales... tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero ... El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias...El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.” (OMS, 2005).

Como hemos visto anteriormente los Sistemas Sanitarios de Salud surgen para dar respuesta a necesidades de salud y en función de su actividad alcanzarán unos determinados resultados que satisfagan esas necesidades. Para ello es necesario disponer de una serie de recursos estructurales, unos evidentes como pueden ser las infraestructuras o personal necesarios para que se produzca una efectiva atención de calidad, y otros no materiales como el conocimiento necesario para que se preste esta atención y que a su vez genere nuevo conocimiento. La planificación y gestión de estos recursos, así como la delimitación del marco legal y normativo en el que se sitúan y la forma en que se emplean para la prestación efectiva de servicios a la población, son otros elementos esenciales que intentaré analizar esquemáticamente.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales, y el español no es una excepción, comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones

principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Siguiendo la clasificación, según el tipo de financiación, en España tenemos un modelo mixto. Como señalaba en el capítulo anterior, éste se basa en la separación entre la financiación y la provisión de los servicios sanitarios, siendo la primera principalmente pública y la segunda indistintamente pública y/o privada, pero garantizándose la ejecución de los servicios desde unos parámetros de calidad asistencial adecuada.

El Modelo de Sistema Nacional de Salud es un derecho tutelado por el Estado, quien ostenta el control del proceso de financiación y provisión de servicios. Esta financiación se realiza, mayoritariamente, mediante impuestos cimentados en una estructura de aportación solidaria (quien más tiene más aporta). El resto de los impuestos con que se sostiene la financiación pueden proceder de otros impuestos, como el del valor añadido, si bien, también se destinan algunos otros gravámenes como es el caso de los hidrocarburos, el alcohol, el tabaco o la electricidad. Como puntos fuertes destacaré haber alcanzado unas importantes tasas de cobertura (debido a su carácter universal y equidad) y alto nivel de satisfacción. Como puntos débiles o retos, el constante incremento del costo de la salud, la burocracia, la escasa libertad de elección y la demanda masiva de asistencia que supera las posibilidades del sistema y genera importantes listas de espera.

El Sistema de Salud español encuentra su fundamento jurídico, de manera especial, en los artículos 41 y 43 de la CE. En ambos se establece la responsabilidad de organizar y tutelar el régimen público de Seguridad Social a los poderes públicos. Éstos deben atender a todos los ciudadanos y a la salud pública mediante medidas, prestaciones y servicios.

Hasta llegar a este contexto de certidumbre y seguridad jurídica, el proceso histórico de la protección de la salud ligada a la problemática sanitaria ha evolucionado durante casi dos siglos, desde las Cortes de Cádiz (1812) hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad (en adelante LGS) en abril de 1986 o el polémico Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto Ley 16/2012, de 20 abril).

El primer intento legislativo queda reflejado en la Constitución de 1812. Es un texto de corte liberal y democrático, la primera producción legislativa de inspiración democrática y

progresista de la época (Fernández Sarasola, 2012) y que centraba su interés en la administración municipal dotándolo de unas normas que intentaban dar respuesta a los problemas derivados de las grandes epidemias y enfermedades contagiosas que sufrían. Esta iniciativa tuvo un corto recorrido ya que en 1814 se produce la derogación de toda la legislación de las Cortes de Cádiz.

En 1855 se elabora la primera Ley de Sanidad española y uno de los primeros textos legales europeos, ya que la Ley de Salud inglesa se había aprobado solamente siete años antes. Entre otras cosas, y como aspectos de interés para la futura intervención en este ámbito del Trabajo Social, esta ley y los posteriores decretos donde se desarrolla, recoge la asistencia gratuita a los pobres, regulariza el servicio de Higiene Pública y Medicina Legal y establece la vigilancia del ejercicio de la profesión o el impulso, por parte de la Comisión de Reformas Sociales, en 1883, de un estudio de cuestiones para la mejora y bienestar de la clase obrera.

Se consideran dos fechas claves en la historia de la Sanidad Pública en España, 1900 y 1908. En 1900 nace la Ley de Accidentes de Trabajo, primer seguro social y punto de partida en la faceta de la política para la protección social en España. Posteriormente, en 1908, se funda el Instituto Nacional de Previsión (en adelante INP). El INP fue considerado la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España. Responsable de compilar los sistemas de seguros existentes, iniciándose así el tránsito de concepto que iba desde la voluntariedad hacia la obligatoriedad de la cotización consolidando así un régimen igualitario. Como curiosidad comentar que el INP perdura hasta 1978.

Hay que entender estos dos momentos desde el contexto social y político que vivía España: el pesimismo y la decadencia tras el desastre de 1898 y los problemas que existían (pobreza, subdesarrollo, injusticia social, etc.), que son caldo de cultivo para afianzar el impulso en el creación y progreso de los movimientos sociales. Especialmente el nacimiento y desarrollo de las organizaciones sindicales obreras que impulsaron mejoras para el mundo obrero. Destacar entre ellas, de manera especial, a la Unión General de Trabajadores (UGT) y la Confederación Nacional del Trabajo (CNT). Los mecanismos de protección desembocan en una serie de seguros sociales, entre los que destacan el Retiro Obrero (1919), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1923), Seguro de Paro Forzoso

(1931), y, posteriores a la Guerra Civil, el Seguro de Enfermedad (1942) y el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) (1947) (Seguridad Social, 2014).

Con la Constitución de 1931 llega también el reconocimiento de diversos derechos sociales, especialmente en sus artículos 43 y 46 que, por primera vez, reconocían la obligación del Estado de intervenir para asegurar su garantía y cumplimiento.

Tras el período comprendido entre 1936 y 1939, donde acontece la Guerra Civil española, como es lógico, cualquier avance queda paralizado. Ya en período avanzado de posguerra, en 1942, se aprueba el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), implantándose en 1944. Esta ley, inspirada en el modelo bismarckiano, creaba la figura del beneficiario. El SOE era financiado por trabajadores y empresarios, responsables de la producción de bienes y servicios, en base a un sistema productivo. En 1963 aparece la Ley de Bases de la Seguridad Social, cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación.

Es a partir de la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social en 1974, cuando se homogeneiza el sistema de salud obligatorio para todos los afiliados a la Seguridad Social, vinculando la asistencia sanitaria gratuita a la contribución de cotizaciones por parte de empresas y trabajadores. También consideraba beneficiarios los descendientes y personas dependientes de los afiliados. Este sistema generaba que, en casos de desempleo prolongado, falta de incorporación al mercado laboral o al cumplir una edad límite sin haberse emancipado plenamente del núcleo familiar, un número importante de personas quedaba excluido del sistema de protección.

En el año 1978 se promulga la Constitución Española. Con anterioridad a su promulgación, se aprobó el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de Noviembre, de gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Este Real Decreto (RD) pone fin al INP y da lugar a diferentes entidades gestoras:

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), encargado de gestionar y administrar las prestaciones de índole económica de la Seguridad Social.

- El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), responsable de dirigir los servicios sociales de tipo complementario y gestionar las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas.
- El Instituto Nacional de Salud (INSALUD) encargado de gestionar y administrar los servicios sanitarios de la Seguridad Social.
- El Instituto Nacional de Empleo (INEM).
- La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS).

Antes de la Constitución Española de 1978 existía una estructura fragmentada donde convivían diferentes redes asistenciales sin coordinación efectiva entre sí: la salud pública, el Mutualismo Laboral y la Beneficencia. Dentro de la propia estructura estatal, la atención a la salud se abordaba desde distintos niveles administrativos como por ejemplo desde el nivel de la Diputaciones (Hospitales Provinciales), desde el ministerial (Ministerio de Educación y Hospitales Clínicos Universitarios) o desde el nivel estatal (Administración Institucional de la Sanidad Nacional - AISNA). A partir de la Constitución Española de 1978 todas estas redes formaran un único modelo, el Sistema Nacional de Salud.

En 1978, con el INSALUD, se concreta lo para que muchos es la aparición de la gestión sanitaria moderna (López Casasnovas, 2004) que comportó la universalización de sus servicios a toda la población, e incluso a inmigrantes en situación irregular.

En 1986 se promulga la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública conocida como Ley General de Sanidad para dar respuesta a las previsiones constitucionales y establecer los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud. Su finalidad principal era, según su artículo 1, “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”. Para esto desarrolla las siguientes acciones:

- Define un Sistema Nacional de Salud integrado por los servicios de salud de las CCAA y coordinado por el Estado.
- Universaliza el derecho a la asistencia sanitaria pública.

A pesar de que se universaliza el derecho a la asistencia sanitaria pública, los extranjeros de estados no pertenecientes a la UE se excluyen del acceso al servicio público de salud,

salvo casos de urgencia, maternidad y menores de 18 años. Actualmente, con el Real Decreto ley 16/2012, se hace una aproximación al modelo alemán para restringir la cobertura universal.

Con la reforma de 2012, el ciudadano pasó de ser beneficiario de un derecho a ser asegurado. El 31 de marzo de 2015, según declaraciones del Ministro de Sanidad y del propio presidente del Gobierno (Agencia EFE, 2015), se suma una nueva excepción: el médico de familia. Esto permitirá, por ejemplo, que los enfermos crónicos, como diabéticos o hipertensos, puedan acudir al médico de familia para el control y seguimiento de su enfermedad y no acudan de urgencias solo cuando ya están muy graves, evitando además convertir el servicio de urgencias en una atención primaria encubierta y saturada, con lo que se desdibujaría su función principal.

Con esta propuesta los inmigrantes que se encuentran en España en situación irregular volverán a tener derecho a la atención primaria en el SNS, pero no recuperarán la tarjeta que les fue retirada con la aprobación de la reforma sanitaria en 2012. Este aspecto, a fecha de hoy, sigue incidiendo sobre la adquisición de medicamentos ya que suelen ser una población con graves carencias socioeconómicas.

Aquí es donde vuelvo a la importancia de los factores sociales en la salud y a preguntarme qué aportaría el Trabajo Social en estas situaciones.

A raíz de la LGS y hasta los años previos a la crisis financiera del año 2008, el SNS sufrió grandes reformas. Principalmente en lo referido al desarrollo del artículo 50 y 56 de la LGS, que promovían una profunda descentralización delegando las competencias sanitarias a las Consejerías de Sanidad de las CCAA y la constitución del marco territorial de la Atención Primaria de Salud. Además, en este período, en la mayoría de las CCAA, se incrementó el número de hospitales y camas hospitalarias gracias a los modelos de “Colaboración Público Privada” (CPP) o “Public Private Partnership” (PPP, según sus siglas en inglés) y a las denominadas “Private Finantiation Iniciatives” (PFI, según sus siglas en inglés). (Larios y Lomas, 2007).

Tras el hecho de la quiebra técnica de la Seguridad Social, en 1995, se firma el Pacto de Toledo. Éste determina que la financiación del Sistema Público de Salud correrá cargo de los impuestos y establece la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad,

girando así el modelo sanitario hacia el modelo inglés. Además desvincula económica y jurídicamente la Sanidad y la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008).

En medio de una situación de crisis se promulga el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este RD-Ley ha supuesto, según se interprete, el afianzamiento y sostenibilidad del sistema de salud actual, con unas medidas que han debilitado este mismo sistema. Esto ha generado mayores índices de desigualdad provocada por los recortes sanitarios que han traído medidas excluyentes (especialmente en la atención a inmigrantes) o el aumento del copago farmacéutico, aspecto que afecta a los sectores más frágiles de la sociedad.

Como se puede apreciar, el sistema sanitario español ha sufrido importantes transformaciones durante los dos últimos siglos. Las más relevantes son las acontecidas desde la instauración de la democracia con la Constitución de 1978. Hasta 1979 la estructura de salud pública se basaba en los servicios centrales y sus delegaciones provinciales, por un lado, y los recursos de sanidad local por otro, y, a raíz de la creación de un sistema único, se basó en el desarrollo de las CCAA y la universalización del derecho de la asistencia (Rico, Freire y Gérvas, 2007).

Evolución histórico-legislativa de la Protección de la salud en España.

1812	Constitución de 1812. Instrucción de 13 de junio de 1813.
1822	Código Sanitario Proyecto basado en una visión global de los problemas de salud.
1855	Elaboración de la Ley de Sanidad de 1855.
1908	Creación del Instituto Nacional de Previsión.
1919	Seguro de Retiro Obligatorio Obrero.
1923	Creación del subsidio por maternidad que contribuyó a los gastos del parto a favor de la trabajadora.
1934	Ley de Bases de Régimen Sanitario.
1942	Se aprueba el Seguro Obligatorio de Enfermedad, implantado en 1944 y financiado por trabajadores y empresarios.
1944	Aparece la Ley de Bases de la Sanidad Nacional.
1974	Aprobación de La Ley General de la Seguridad Social.
1978	Se aprueba la Constitución Española de 1978. Principios de universalidad, equidad, calidad y gratuidad (Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud 16/2012).
1986	Se aprueba la Ley General de Sanidad.
1989	Se universaliza el derecho a la Asistencia Sanitaria Pública.
1995	Se firma el Pacto de Toledo y se consagra la financiación de la sanidad a cargo de los impuestos.
2002	Culminación de las transferencias sanitarias a CCAA, el INSALUD se denomina Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
2012	Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

(Reguera, 2019).

1.3.2 Organización de los servicios de salud

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, tanto en la Declaración de Alma-Ata (1978) como en otros documentos, la universalización de la atención es un concepto clave: “La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar” (OMS/OPS, 2014).

Por este motivo ha sido necesario trabajar potenciando dos aspectos:

- **La accesibilidad:** cuyo objetivo es el de aproximar los dispositivos sanitarios al lugar donde vive y trabaja la población evitando la concentración de centros sanitarios que tradicionalmente se daba exclusivamente en los núcleos urbanos. Con esto, además, se garantiza la equidad en el acceso a los servicios.
- **La desconcentración:** que da continuidad al concepto anterior y que promueve reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos desde una mayor cercanía y accesibilidad.

La accesibilidad y desconcentración son características que tienen que darse de manera especial en los dispositivos de Atención Primaria (en adelante AP). Ya que son la base de la atención sanitaria en el Servicio Nacional de Salud y, por lo tanto, primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria esencial.

Estas estrategias se ponen en marcha realizando una reforma en el Sistema de Salud que tiene sus bases legislativas en la LGS y en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.

Además de los aspectos anteriormente citados, la LGS desarrolla la base legislativa que aborda la tutela efectiva del derecho al acceso a la salud en el marco de gestión descentralizada que consagra la Constitución Española y los respectivos Estatutos de Autonomías. Se concretan, en el Título II y de acuerdo con los Artículos 148 y 149 de la

Constitución Española, las competencias de los distintos niveles de la Administración Estatal, Autonómica y Local.

Desde estas iniciativas legislativas se pone marco a la estructura y reglamentación de los distintos niveles de prestaciones y se potencia la descentralización, que se traduce en la transferencia de responsabilidades y recursos en salud pública a las CCAA.

Según el artículo 44 de la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril) “El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”. Es decir, el eje del modelo que la Ley adopta son las CCAA. Administraciones, a priori, suficientemente dotadas para que se apliquen los principios de accesibilidad y descentralización de un modo eficaz desde el punto de vista de la gestión. El SNS se concibe así como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

El principio de integración para los Servicios Sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la LGS: “En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

Para continuar este proceso de acercamiento de la protección de la salud al ciudadano se articulan dos tipos de previsiones: la primera se refiere a la estructura de los servicios sanitarios y la segunda a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a la primera, la Ley establece las Áreas de Salud. Que son las demarcaciones territoriales que tienen que efectuar las CCAA con el objetivo de organizar un sistema sanitario coordinado e integral. Según la LGS las Áreas de Salud son “las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidades Autónomas en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos”. Es decir, se constituyen en las piezas básicas de los Servicios de Salud de las CCAA. Estas áreas se organizan, siguiendo la idea de la desconcentración, en

demarcaciones territoriales delimitadas y teniendo en cuenta factores de diversa índole señalados en el artículo 56.4 de la ley, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa ofreciendo desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

En segundo lugar, sin olvidar que la responsabilidad de la organización de los Servicios de Salud es de las CCAA, quienes ahora gestionan incluso aquellos centros que antes gestionaban las Corporaciones Locales, se les reconoce a éstas el derecho a participar, por medio de representantes, en los principales órganos colegiados en el control y en la gestión de las Áreas de Salud.

Las Áreas de Salud están definidas en el artículo 56 de la Ley General de Sanidad, donde quedan reflejadas como estructuras fundamentales delimitadas en función de factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. En el marco referenciado a su área de población real de influencia, ésta vendrá definida por darse su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, con la excepción de las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área. Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud. Las Áreas de Salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud, con el propósito de seguir aplicando los principios de accesibilidad y descentralización de un modo eficaz y consiguiendo una máxima operatividad.

Las Zonas Básicas de Salud están reguladas en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Éstas son el marco territorial de la Atención Primaria de Salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, que son los lugares de trabajo de los equipos de Atención Primaria y están dotados de los medios personales y materiales necesarios para atender a la población. La delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma. La población a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano aunque con carácter excepcional, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para

medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen.

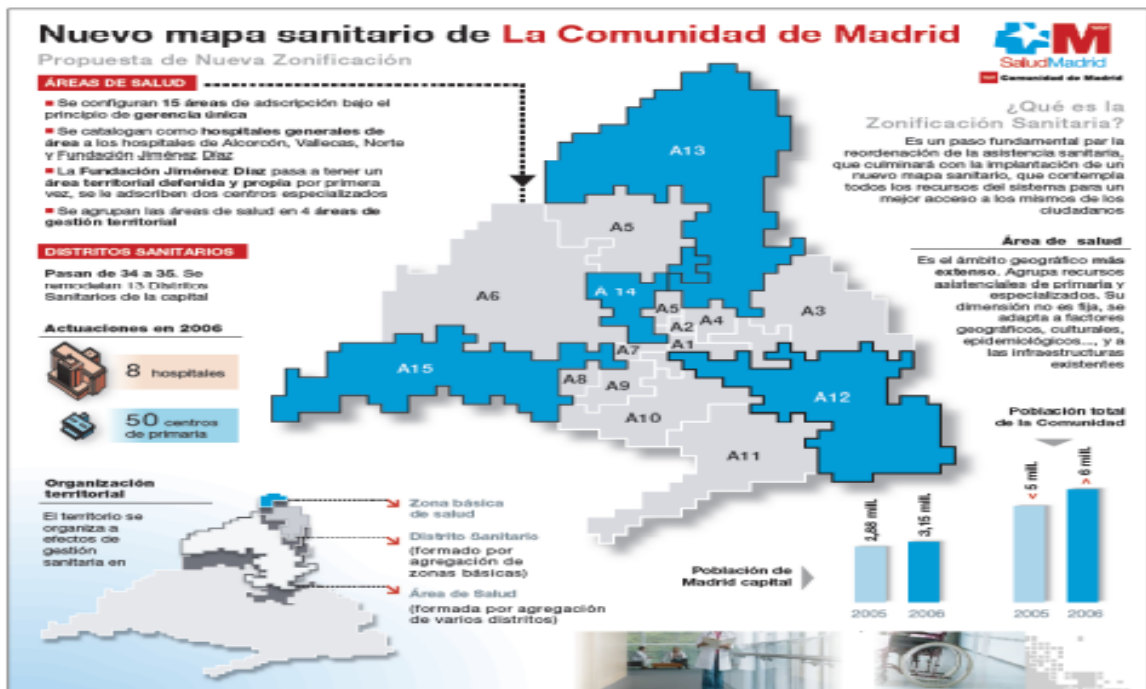
En la Comunidad Autónoma de Madrid se aprueba el Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid.

Además de mantener lo regulado en el Real Decreto 137/1984, se posibilita la libertad de elección de médico, enfermero, pediatra en Atención Primaria y de médico y hospital en atención especializada, ya aprobados con anterioridad en la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

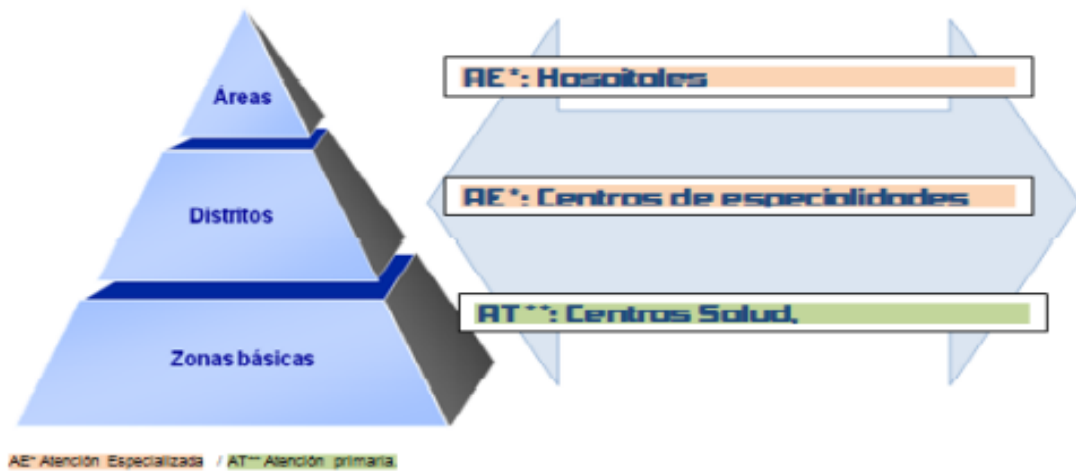
La ausencia del Trabajo Social en este tema va unida a la exclusión de la clasificación del personal sanitario que abordaré más adelante.

A continuación, para facilitar la visualización de lo anteriormente expuesto, muestro dos figuras. La primera refleja la situación del mapa sanitario en la Comunidad de Madrid, que mas adelante desarrollaré y cuya evolución veremos, y una segunda donde reflejo la ordenación del modelo territorial con los dos niveles de atención, especializada y primaria, y con los recursos principales que tienen.

Propuesta de mapa sanitario de la Comunidad de Madrid.



Relación entre el Mapa Sanitario y los recursos de los dos niveles asistenciales.



Nota: Elaboración propia basada en información extraída de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid

1.3.3 El sistema sanitario y la crisis económica

Estamos saliendo de una situación de crisis económica y financiera mundial importante. La economía española se posicionó en esta situación cuando, en el último trimestre de 2008, entró en recesión cayendo su producto interior bruto durante dos trimestres consecutivos hasta alcanzar un crecimiento negativo de alrededor del 1,5% en el segundo trimestre de 2009, según el Informe SESPAS (Vázquez, 2014).

Tras el espejismo de una corta recuperación, volvió a caer y así se mantuvo hasta que, en el 2015, algunos datos macroeconómicos cambiaron esas tendencias intensificándose el ritmo de recuperación iniciado a mediados de 2013, hasta alcanzar un crecimiento del PIB del 3,2 %. Estos indicadores de recuperación también se trasladaron al mercado de trabajo, creándose más de medio millón de puestos de trabajo en el conjunto del año. Esta tendencia se mantuvo en los primeros meses de 2016 (Banco de España, 2016).

La crisis económica tiene un importante impacto en el conjunto de la población y, en consecuencia, sobre la salud de la misma. Este impacto dependerá de factores como su extensión, naturaleza y duración de las “políticas económicas y sociales coexistentes, de los valores socioculturales dominantes, del nivel de bienestar formal e informal, y de los cambios demográficos en el mercado laboral” (Informe SESPAS, 2014).

Este conjunto de factores, a los que hay que sumar los anteriormente mencionados recortes en derechos y presupuestos y las reformas en los sistemas de protección social

que se van adoptando, podrán tener efectos adversos sobre la salud e incrementar las desigualdades en la misma. Las carencias que sobrevienen en los momentos de crisis económicas afectan de manera más intensa a aquellas personas que tienen más fragilidad en los vínculos relacionales. La familia ha sido el gran soporte para muchas personas en esta situación que sufren la precariedad en la inserción laboral.

Esta situación aumenta cuándo existen unas condiciones precarias previas o cuando la persona estaba ocupada en los sectores más afectados por la recesión, aumentando de esta manera la proporción de grupos de población vulnerable y susceptible de experimentar un empeoramiento en su calidad de vida. Entre los mismos podríamos destacar las familias monoparentales con cargas económicas no compartidas, la infancia y la juventud, las personas mayores y, sobre todo, los inmigrantes en situación de no regularización.

El citado Informe SESPAS señala la existencia de evidencias del efecto negativo de la crisis económica sobre la salud, concretándolo en el deterioro de la salud mental. Este aspecto se puede traducir en el aumento de muertes por suicidio, el incremento de las sustancias adictivas como el consumo de alcohol y de otras drogas y el aumento de la incidencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Estos aspectos, que pasan desapercibidos, son de una gran importancia ya que hay encuestas que señalan que, tras el copago farmacéutico, un 14,76% de la población no retira medicamentos prescritos por problemas económicos (porcentaje que aumenta hasta el 20% en el caso de los pensionistas y un 23% en el de los parados) (Observatorio Madrileño de la Salud, 2014). Estas personas, estando dentro del sistema de atención, quedan desprotegidas por no poder acceder a la prescripción farmacéutica. Otro aspecto más de conexión entre lo Social y lo Sanitario.

Esta crisis ha incidido en las finanzas públicas en dos sentidos. Por un lado la necesidad que tiene el propio sistema de seguir creciendo, lo que conlleva un inevitable aumento de las necesidades de gasto. Por otro la disminución de los ingresos fiscales, relacionado este aspecto con la disminución de cotizantes, ya sea por desempleo o por emigración o retorno. El abordaje de esta tesitura ha tenido distintas respuestas por parte de los países, quienes, dentro de los compromisos de política europea, se ven obligados a la consolidación fiscal. También se dan, en los primeros años de la crisis, intervenciones

erráticas en los que algunos países, entre ellos España, la abordaron por la vía del aumento del gasto más que el de los ingresos, lo que deprime a su vez la demanda interior. Un ejemplo de esto fue el Plan Español para el Estímulo de la Economía y el Empleo conocido como Plan E. (Real Decreto-ley 9/2008).

La consolidación fiscal efectuada por España proviene principalmente del ajuste en el gasto, y en menor medida de los ingresos. Esta presión financiera se trasladaba, en primer lugar, a la inversión más que al gasto corriente y dentro de éste a los inputs (medicamentos y tecnología en particular) y a la concertación antes que al consumo público.

Con la caída del gasto sanitario público desde 2008 se detectó una reducción de recursos humanos, materiales y de la actividad de los servicios, tanto curativos como preventivos. Estas acciones directas sobre el sistema de salud han dado lugar a múltiples reivindicaciones y denuncias como la de los recortes de la plantilla del personal sanitario (siempre centrado en personal médico y de enfermería), la del aumento de las listas de espera quirúrgicas, la disminución en la inversión de los hospitales en modernizar su tecnología médica (que va quedando obsoleta) o la de reclamar, al menos, 10 minutos por paciente (Estudio de Fenin, 2015). Reivindicaciones dirigidas a poder ofrecer una asistencia de calidad.

Ante este aumento de gasto y falta, o disminución, de la financiación se ha repercutido la carga sobre los proveedores, incrementando los retrasos en los pagos. Así mismo, se ha recurrido a la financiación privada (copagos del usuario) y al aumento de las políticas de austeridad basadas en recortes sobre los gastos. Estas medidas han tenido doble efecto negativo: el primero sobre la salud de la población y el segundo sobre los problemas originados por el copago farmacéutico, que genera un efecto diferencial en la salud de la población y, con ello, el aumento de las desigualdades en el acceso a la misma.

Tanto la existencia de redes sociales como el mantenimiento de las políticas sociales actúan como factores protectores de la salud durante las crisis económicas. (Reguera, 2019).

1.4 El marco legislativo en el campo de la salud

1.4.1 Marco legislativo europeo

Todos estos problemas que repercuten en nuestro Sistema de Salud: viabilidad, sostenibilidad y descoordinación, tienen una doble complejidad en su solución ya que, además de nuestro propio contexto sociopolítico nacional, nos encontramos en un contexto europeo que exige flexibilidad y obliga a unas respuestas y coberturas para las que no estuvo diseñada en un inicio (RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.). Por este motivo me voy a detener brevemente en señalar algunas de los artículos o documentos que ponen límite, por un lado, e impulsan, por otro, la legislación de los estados europeos.

El marco legislativo europeo se inspira y, a su vez, da respuesta a un marco internacional que apuesta por la protección de la salud. En 1946, los Estados Miembros de la OMS acordaron un principio internacional fundamental en virtud del cual “...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Por otro lado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) (ONU, 1966) protege “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12). De igual forma, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”.

A la hora de abordar el tema de la Construcción Europea, los Derechos Fundamentales, Protección Social y Seguridad Social y la Salud Pública, la UE, a modo de resumen, publicita 3 derechos de manera especial si se es ciudadano de la UE:

- El derecho a recibir la atención sanitaria necesaria en cualquier país de la UE.
- El derecho a poder optar por una atención sanitaria planificada en otro país de la UE y ser reembolsado por ello, total o parcialmente, dependiendo de las circunstancias, al regresar a su país.
- El derecho a disfrutar, en materia de seguridad alimentaria, de un conjunto de normas que, por su nivel de vigilancia y exigencia, se encuentran entre las más

estrictas en el mundo. Este derecho está vinculado, de manera especial, al concepto de salud pública.

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada el 7 de diciembre de 2000, se mencionan el Derecho a beneficiarse de la atención sanitaria (art. 35), reconociendo el derecho a la Seguridad Social y a la ayuda social así como al acceso a estos derechos para todos los ciudadanos de la UE, aunque se encuentren en otro Estado que no sea el suyo propio (art. 34). Esto, como veremos más adelante, ha generado fricciones en nuestro Sistema de Salud.

Este texto es modificado por el Tratado de Lisboa (2007) desde su entrada en vigor el día 1 de diciembre de 2009. Sin embargo, en el caso de España, debe tenerse en cuenta que, dentro de las conexiones ineludibles con el Tratado de la Unión Europea (en adelante TUE), con anterioridad a la entrada en vigor del Tratado de Lisboa, el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/2008, de 30 de julio, ya establecía lo siguiente: "A tenor de lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 10 de la Constitución Española y en el apartado 8 del artículo 1 del Tratado de Lisboa, las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán también de conformidad con lo dispuesto en la Carta de los Derechos Fundamentales publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea de 14 de diciembre de 2007".

Otra conexión es la que aparece en el artículo 6.1 del TUE, en su versión consolidada tras las modificaciones introducidas por el Tratado de Lisboa. Ésta es la que contempla que España, como miembro de la Unión Europea, también ve influenciado su campo de la salud desde el espacio legislativo comunitario europeo.

El título XIV del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (en adelante TFUE), que lleva por rúbrica "Salud Pública" (art. 168), es donde el derecho de la Unión contempla, de manera esencial, aquellos aspectos concernientes a la protección de la salud. Ésta se trata de una competencia transversal, puesto que se promueve la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros en este ámbito y el compromiso para definir y ejecutar todas las políticas y acciones de la Unión con el objetivo de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana.

Principales iniciativas legislativas del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

art. 4. 2 f)	Define como competencia compartida entre la UE y los Estados miembros la materia de salud pública
art. 6 a)	Señala como competencia de la UE la de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros, la materia de la protección y mejora de la salud humana.
art. 9	Establece que en la definición y ejecución de sus políticas y acciones, la Unión tendrá en cuenta las exigencias relacionadas con la protección de la salud humana.
art. 36	Contempla las prohibiciones o restricciones a la importación, exportación o tránsito justificadas por razones de orden público, moralidad y seguridad pública, protección de la salud y vida de las personas y animales,
arts. 45 y 51	Sobre la posibilidad de permitir restricciones a la libre circulación y establecimiento por razón de salud pública.
art. 114	Aboga por una aproximación de las legislaciones en materia de salud.

Nota: Elaboración propia basada en datos del TFIJF (2010)

Un aspecto llamativo respecto a la conexión que tiene que existir entre el TUE y los estados es el que se da en España, sobre todo en lo referido a las CCAA, en el marco de sus respectivas competencias. Éstas han extendido el derecho de cobertura sanitaria de forma diferente. En ocasiones, incluso, sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento, poniendo en riesgo la solvencia del propio Sistema Nacional de Salud y generando procedimientos de infracción por parte de la Comisión Europea, que reclama la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato.

Un ejemplo de estas disfunciones sería el referido a hacer efectivo el principio de igualdad de trato en las prestaciones derivadas de la acción protectora de la seguridad social entre los ciudadanos comunitarios europeos, sea cual sea su lugar de origen. Esto ya lo indicaba anteriormente al comentar la Carta de Bruselas del 2000. También se menciona en la jurisprudencia regulada por el Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social y su reglamento de aplicación, y también por el Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación.

Estas prestaciones quedan asimiladas a las de los ciudadanos del país donde se presten, generando, esto, el dictamen motivado 2009/2341 de la Comisión Europea dirigido al Reino de España (Real Decreto-Ley 16/2012). Este dictamen se realiza por su negativa a expedir la tarjeta sanitaria europea a personas residentes en España con derecho a recibir asistencia sanitaria con arreglo a la normativa de algunas CCAA, que ha puesto en evidencia que éstas, en el marco de sus respectivas competencias, han generado el

derecho a la cobertura sanitaria de forma muy diferente y sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento.

En las propias Disposiciones Generales de este RDL se indica que el Tribunal de Cuentas pone de manifiesto el peligro que corre el sostenimiento del Sistema Nacional de Salud por esta carga económica. Sobre todo contemplando que esta asistencia sanitaria se realiza a personas que la tienen ya cubierta por sus instituciones de seguridad social en origen o por otros sistemas de seguros privados. Este perjuicio económico para España se agrava si se contempla la dificultad de garantizar el retorno de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos.

Esta reflexión sobre la aplicación de las directivas europeas la podemos llevar más allá al contemplar que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa estima que el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias, es un derecho humano fundamental y universal. Este derecho debe aplicarse a todas las categorías de población, entre las que entiendo que se debe contemplar inmigrantes, refugiados y personas desplazadas.

Esto es especialmente importante en un período donde, la manera de acceder para emigrantes procedentes de países con graves dificultades internas, es la de realizar el “asalto” de las fronteras a través de verjas o de fronteras marítimas. Este hecho está aumentando debido a las situaciones de hambruna, guerra y persecución de personas por diferentes causas.

El acceso a las prestaciones sanitarias es una condición importante en la protección, no solamente de la salud o de aspectos sociales, si no de los derechos humanos fundamentales, entre ellos el de la vida.

Tras esta realidad se impone una reflexión y clarificación de las condiciones para poder ser beneficiario de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios. Ligada a esta reflexión de carácter sociopolítico hay que sumar otra de carácter económico: para el sostenimiento del sistema éste tiene que vincularse de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social sin el que no se sostendría este modelo ni daría cobertura a estas realidades. (Reguera, 2019).

1.4.2 Marco legislativo autonómico (comunidad de Madrid)

La provincia de Madrid se conformó como Comunidad Autónoma bajo la Ley Orgánica 3/1983, del 25 de febrero, que plasma su Estatuto de Autonomía. Fue reformado, posteriormente, por las Leyes Orgánicas 10/1994, de 24 de marzo, y la última de 5/1998, de 7 de julio, con la denominación de Comunidad de Madrid (en adelante CM). Fue el penúltimo de los Estatutos de Autonomía aprobados, por delante del de Castilla-León, debido, como expone el vigente artículo I del Estatuto en su apartado I, al hecho diferencial en “sus peculiares características sociales, económicas, históricas y administrativas”.

Entre estas características cabe destacar la complejidad que tiene la Comunidad de Madrid ya que, mientras redacto estas páginas, mantiene una población de 6.436.996 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2015), concentrada en un espacio geográfico menor que el de otras CCAA. El elevado número de población origina, como consecuencia principal, la existencia de importantes núcleos de población y la consecuente concentración de servicios en estos espacios.

Población por comunidad autónoma, según sexo ().*

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
España	46.600.949	22.880.878	23.720.071
Andalucía	8.393.252	4.141.906	4.251.346
Aragón	1.317.504	652.552	664.952
Asturias (Principado de)	1.050.917	502.036	548.881
Balears (Illes)	1.103.959	549.596	554.363
Canarias	2.098.649	1.042.398	1.056.251
Cantabria	584.940	284.727	300.213
Castilla y León	2.470.741	1.219.096	1.251.645
Castilla-La Mancha	2.058.518	1.032.428	1.026.090
Cataluña	7.504.008	3.689.966	3.814.042
Comunitat Valenciana	4.977.171	2.459.275	2.517.896
Extremadura	1.092.056	541.671	550.385
Galicia	2.731.406	1.316.727	1.414.679
Madrid (Comunidad de)	6.435.152	3.086.597	3.348.555
Murcia (Región de)	1.467.049	735.410	731.639
Navarra (Comunidad Foral de)	640.154	317.727	322.427
País Vasco	2.188.895	1.065.775	1.123.120
Rioja (La)	316.818	156.648	160.170
Ciudades Autónomas			
Ceuta	81.263	42.770	41.193
Melilla	85.497	43.573	41.924

Nota: Recuperado de Padrón Municipal de Habitantes. Instituto Nacional de Estadística (2014).

(*) Fecha de referencia: 1 de Enero de 2015. Datos provisionales.

El artículo 27 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid enumera las materias sobre las que la CM puede desarrollar el marco legislativo básico. Entre ellas se encuentran las materias de Sanidad e Higiene, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social y el ejercicio de las profesiones tituladas. Posteriormente, en el artículo 28, se desarrollan estas materias señalando, de manera especial, la correspondencia de la Gestión de la asistencia sanitaria y de las prestaciones y servicios del sistema de Seguridad Social así como de los productos farmacéuticos (RD 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud).

El siguiente paso al desarrollo de la creación de las CCAA fue el traspaso de funciones y servicios a las mismas, que comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en el año 2001. En el Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, sobre transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de Sanidad se concreta este traspaso de funciones. Influyen, con posterioridad, como hemos citado anteriormente, las dos últimas reformas del Estatuto.

La Ley Orgánica 10/1994, de 24 de marzo, tuvo por objeto ampliar el ámbito competencial incorporando al Estatuto las competencias que ya habían sido transferidas con anterioridad por la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, y la siguiente la Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio, que fue la de más calado ya que, por una parte, supuso importantes modificaciones del marco institucional y, por otra, volvió a ampliar el ámbito competencial.

En el Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, se aborda el tema del traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud como consecuencia lógica de la citada Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, creándose como Entes de Derecho Público el Servicio Madrileño de Salud (en adelante SERMAS) y el Instituto Madrileño de la Salud. Estos entes, posteriormente, se aglutinan en uno solo según el Decreto 14/2005, de 27 de enero, con el objetivo de evitar duplicidades y siguiendo los principios de racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia.

Las funciones principales que se le asignan al Servicio Madrileño de Salud en el ámbito de la Comunidad de Madrid son principalmente (Decreto 24/2008):

- La gestión de los servicios y la prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.
- La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales para la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.

Otro aspecto importante, y que influye en el papel que puede tener que desarrollar el Trabajo Social, tiene que ver con la cercanía del profesional con los ciudadanos. Esto se aborda desde la competencia relacionada con la territorialidad. Este ordenamiento funcional y territorial de la CM está basado en la potestad normativa otorgada por la Constitución Española, las Leyes sanitarias, especialmente la Ley General de Sanidad, y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, artículos 27.4, 27.5 y 28.1.1.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid, dentro de su ámbito competencial, por medio del Proyecto de Ley 11/2001 RGE.4843 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, efectúa esta ordenación sanitaria, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, a través del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho de protección a la salud. Esta ordenación se crea bajo los principios de vertebración y coordinación y consolida, entre otros, los principios de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad efectiva en el acceso, desde una concepción integral del Sistema que contemple la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención y la asistencia, no solo de los ciudadanos que tengan su residencia establecida y permanente en la CM, sino también de las personas que se encuentren en su ámbito territorial.

Es en este tema donde nos encontramos de nuevo con un desajuste entre derechos y financiación, aspecto éste que ya hemos tratado anteriormente al analizar las relaciones legislativas entre el ámbito nacional y el europeo.

La ordenación sanitaria del territorio de la CM ha sufrido diversas modificaciones legislativas que han producido, principalmente, la reestructuración de las gerencias y modificaciones en la estructura de las áreas sanitarias. Si realizamos un breve recorrido histórico-legislativo este proceso tiene su inicio con el Decreto 77/1985, de 17 de julio, que aprobó, provisionalmente, la zonificación de salud y servicios sociales de la Comunidad de Madrid. Más tarde, el Decreto 19/1988, de 9 de marzo, deroga la anterior zonificación y por el Decreto 117/1988, de 17 de noviembre, se aprueba definitivamente

la zonificación, en base a Áreas de Salud, definidas en función de Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud.

El Decreto 187/1998, de 5 de noviembre, por el que se aprueba la actualización de la Zonificación Sanitaria de la Comunidad, establece la distribución en Zonas Básicas, Distritos Sanitarios y 11 Áreas de Salud. Posteriormente se introduce el último cambio importante en el tema de zonificación con la aplicación de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de Madrid, que modifica la Ley 12/2001, de 21 de diciembre y organiza el territorio de la Comunidad de Madrid en un Área Sanitaria Única. El Decreto 52/2010, de 29 de julio, establece en el Área Sanitaria Única, como estructura básica, la zona básica de salud, siendo ésta el marco territorial de la Atención Primaria donde desarrolla su actividad sanitaria el centro de salud.

Ordenación sanitaria del territorio de las comunidades autónomas.

PROVINCIA	ÁREA DE SALUD	
	2004 - 2010	2011 - 2013
Madrid	Área 1	Dirección asistencial Centro
	Área 2	Dirección asistencial Este
	Área 3	Dirección asistencial Noroeste
	Área 4	Dirección asistencial Norte
	Área 5	Dirección asistencial Oeste
	Área 6	Área sanitaria única Dirección asistencial Sur
	Área 7	Dirección asistencial Sureste
	Área 8	
	Área 9	
	Área 10	
	Área 11	

Nota: Recuperado de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

La implantación de la Ley 6/2009 que posibilita la Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid tuvo una acogida polémica dentro del sector sanitario ya que el objeto que esta ley regula supone el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y de médico y hospital en atención especializada (con excepción de la atención domiciliaria y las urgencias y excluyendo a otros profesionales que están dentro del ámbito sanitario como la figura del Trabajador Social). Este hecho ofrece una importante mejora en la calidad de la prestación sanitaria, ya que permite al ciudadano optar a sus preferencias de forma directa, adecuando no solo el profesional sino la accesibilidad, horarios, lugar... Esto facilitaría el acceso a los servicios sanitarios a las personas que viven en un sitio, trabajan en otro y tiene a sus hijos en un tercer lugar.

El Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid aporta datos sobre la satisfacción global que tienen los usuarios de la Sanidad de la CM respecto a la atención recibida. Este aspecto es clave para tener información sobre la calidad asistencial, las expectativas y las percepciones de los pacientes con la asistencia sanitaria en Atención Primaria.

La satisfacción global con la atención recibida en el Centro de Salud en el año 2013 es de un 90,7%, con valores de satisfacción superiores al 90% en los últimos 3 años. Un 75% de los Centros de Salud presentan valores de satisfacción global con la atención recibida por encima del 88%, con una satisfacción máxima del 100% y una mínima del 71,2%.

Otras voces critican este tipo de gestión de la Sanidad en la CM. Desde el Observatorio Madrileño de Salud, que está formado por más de cincuenta organizaciones, entidades e instituciones de la Comunidad de Madrid, afirman que la Sanidad Pública madrileña está en retroceso desde las transferencias, debido a la desfinanciación progresiva de la Sanidad Pública, al proceso privatizador de largo recorrido y la descapitalización de los centros públicos de gestión tradicional (Observatorio Madrileño de Salud, Informe FADSP, 2014).

Estas variaciones en la normativa que generan este cambio de rumbo en el tipo de gestión y financiación de la Sanidad tienen su base en la Ley 15/1997 que proporciona el marco legal para el desarrollo. Este marco es la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), que introduce la separación de la

financiación y de la provisión de servicios, permitiendo así la entrada de proveedores privados y la creación de un mercado interno o el decreto de Área Única y libre elección.

Sobre este último punto el Observatorio Madrileño de Salud sostiene que no ha supuesto un mayor ahorro ni un aumento de la calidad asistencial y que, sobre todo, incumple lo regulado en la Ley General de Sanidad que contempla la implantación de Áreas por cada 250.000 habitantes en base a criterios de buen funcionamiento, equidad y eficiencia.

Entre los temas que suscitan debate estarían: el modelo de Financiación, la cobertura sanitaria de toda la población, el copago, el control y racionalización del gasto farmacéutico, las privatizaciones y la necesidad o no de recuperar los centros privatizados, la opción de mantener el Área Única o recuperar las Áreas de Salud y la utilización de los recursos propios del sistema sanitario público evitando derivaciones al sector privado. También sería tema de debate, de especial interés para nuestra disciplina de estudio, el elaborar un plan sociosanitario que permitiera coordinar las intervenciones sanitarias con las sociales. Ya que ambas políticas deben ser transversales si optamos por una visión biopsicosocial, y en esta opción es donde el Trabajo Social tiene su espacio. (Reguera, 2019).

1.4.3 Marco legislativo local (ayuntamiento de Madrid)

Al igual que pasa con la CM, la ciudad de Madrid es un escenario de alta complejidad debido principalmente al importante número de ciudadanos que alberga: 3.182.175 (Padrón Municipal, enero 2017). Dato que la sitúa como la ciudad más poblada de España.

La importancia de las Administraciones Locales en el cuidado de la salud de los ciudadanos tiene una larga historia que, como señalaba en anteriores apartados, llega hasta la nueva definición que se realiza en el 2013 con la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. En esta ley se aborda el tema de las delegaciones y la mejora de la eficiencia de la gestión pública, intentando eliminar duplicidades administrativas con las CCAA y acorde con la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

La atención de la salud estuvo tradicionalmente ofrecida desde la Beneficencia que, en España, estuvo principalmente a cargo de la Iglesia. La puesta en práctica del plan de Beneficencia de Carlos III supuso que casi todas las competencias referidas a la asistencia

pasaran a depender de la Administración. Este cambio responde a la estrategia de mermar poder a la Iglesia desde el Estado y más concretamente desde la nueva dinastía francesa de los Borbones, que había comenzado a reinar en España (Vidal, 1987).

Posteriormente, y como primer gran impulso, aparece la Ley General de Beneficencia que fue promulgada por las Cortes Extraordinarias en febrero de 1822 y que ampliaba los principios que las Cortes de Cádiz habían expuesto en materia de Beneficencia de 1812, dando un papel muy importante en su ejecución a los Municipios y a las Juntas Municipales de Beneficencia.

Los recursos que tenía la Junta Municipal de Beneficencia madrileña eran el Hospital General, el Hospital de la Pasión, la Inclusa y Colegio de la Paz, y la Casa de Socorro (antes Hospicio).

Posteriormente, la Ley del Servicio General de Sanidad de 1855 permite, por primera vez, la contratación de personal sanitario por los ayuntamientos, como titulares encargados de las funciones anteriores y de la prestación de la asistencia sanitaria a la población con pocos recursos económicos.

El Reglamento General de la Beneficencia Municipal de Madrid, de 1875, ya establece las responsabilidades municipales sobre la salud de manera muy concreta y define las funciones de las Casas de Socorro y demás establecimientos municipales de Beneficencia. Este Reglamento establece ya un primer intento de organización sanitaria pública, indicando, en su artículo 5º, que “Madrid se considerará dividido en tantos distritos o demarcaciones como Casas de Socorro existan”.

El artículo 4º del citado Reglamento define las Casas de Socorro como “los establecimientos destinados a la prestación inmediata de los auxilios necesarios a cualquier persona acometida de accidente, en paraje público, o herida por mano airada, o caso fortuito; a facilitar el primer socorro facultativo en el domicilio de los pacientes, en caso de inminente riesgo, a proporcionar consulta pública diaria para los pobres, y a asistir dentro del establecimiento a aquellos enfermos o heridos agudos que no sea posible trasladar a su casa o a los hospitales; y por último, a propagar las operaciones de la vacunación en las épocas oportunas” (Ayuntamiento de Madrid, 1875).

Es una visión clínica de la salud pero en la que ya se contempla la asistencia domiciliaria y la necesidad de la prevención en la población. Madrid llegó a contar con 15 Casas de Socorro.

Ya con la llegada de la democracia se crean, en la década de 1980, los Centros de Promoción de la Salud, también denominados CPS, y los Centros Municipales de Salud, CMS, centros ahora denominados Centros Madrid Salud (en adelante CMS).

Los CMS no tienen como objetivo tratar la enfermedad, aspecto este tratado ya desde los centros de Atención Primaria o especializada, si no que centran su labor en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y otros problemas de salud.

Desde una visión biopsicosocial de la salud cuentan con plantilla laboral formada por equipos multidisciplinares en la que se integran profesionales de la medicina, especialistas en ginecología, psiquiatría, pediatría, psicología o enfermería, además de trabajadores sociales, auxiliares sanitarios y administrativos. En este momento existe una red de 16 CMS y 8 centros monográficos especializados en Madrid.

Durante la década de los 80 aparecen nuevas problemáticas que tienen implicaciones en el aspecto sociosanitario, convirtiéndose, a la vez, en problemas de salud pública y problemas de gran calado y consecuencias sociales. Tales consecuencias son la aparición de consumos abusivos y del tráfico de drogas, especialmente de heroína, lo que generó una importante alerta social a la que había que dar respuesta y que ha perdurado hasta nuestros días, eso sí, con una importante variación de sustancias principales y vías de consumo.

El Ayuntamiento de Madrid, en 1987, comienza a poner en marcha el primero de los Centros Municipales de Atención a las Drogodependencias (en adelante CAD). En julio de ese mismo año se crea la Comisión Antidroga, que elabora un diagnóstico de la situación de las drogodependencias en la ciudad de Madrid y formula el primer Plan Municipal contra las Drogas, aprobado en Pleno Extraordinario, el 6 de mayo de 1988.

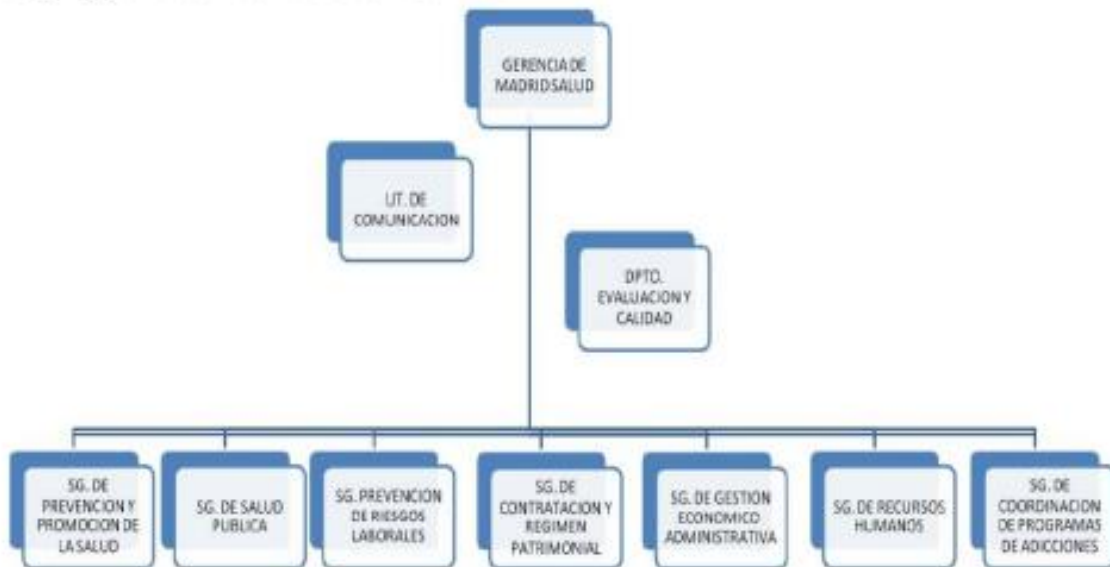
Estas iniciativas van evolucionando hasta que, en enero de 2005, el Ayuntamiento de Madrid crea un nuevo organismo autónomo, Madrid Salud, para coordinar estas actividades.

Madrid Salud no solo trabaja en el campo de la adicción sino que se convierte en el organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid que tiene por finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de salud pública y de drogodependencias dentro del término municipal. Dentro de las otras áreas de intervención, fuera del campo de las adicciones, se encuentra el trabajo por la calidad del agua, la seguridad de los alimentos, la mejora de la salud ambiental y la integración sostenible de los animales domésticos en la ciudad. Madrid Salud se encarga también de la prevención de riesgos laborales del Ayuntamiento de Madrid y sus organismos autónomos.

En el artículo 2 de los Estatutos de Madrid Salud, en su artículo 1.2, se refleja el marco legal por el que se rige este organismo.

A continuación, para visualizar de manera rápida, tanto la estructura de la gestión como el mapa de procesos, muestro dos diagramas que permiten resumir, aportando información de manera sintética, el funcionamiento de este organismo. Más adelante abordaré el papel del Instituto de Adicciones, contexto en el que tienen su desempeño profesional algunos de los profesionales que han colaborado en esta investigación.

Organigrama de Madrid Salud: Gerencia.



Nota: Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud (2015).

Mapa de Procesos de Madrid Salud.



Nota: Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud (2015).

Concluyendo: los cambios de conceptualización de la salud de los que hablaba en el primer capítulo han tenido que concretarse y conquistarse desde la normativa legal. En España, tanto la Constitución de 1931 como la de 1978, son claves en la historia al reconocer derechos sociales que obligaban al Estado a intervenir en su garantía y cumplimiento. Esto ha generado una base normativa, tanto a nivel estatal como a nivel autonómico, sobre todo tras el gran reto abordado por los procesos de trasferencias de funciones, y en concreto los de salud.

Normativa básica que regula el Sistema Nacional de Salud.



El gran logro, a lo largo de los dos últimos siglos, ha sido conseguir que la Administración Pública no solo atendiese todos aquellos problemas sanitarios que afectaban a la colectividad, sino el ir asumiendo, en la función asistencial, los problemas de salud individual y, además, garantizar que cuántas actuaciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas también a la prevención de las enfermedades y no solo a su curación.

La gestión de esta meta culmina con la creación del Sistema Nacional de Salud, una de las grandes consecuciones de nuestro Estado del Bienestar. Este modelo de Estado está en constante crítica y transformación en los últimos tiempos, pero, no por ello, pierde su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones ni su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos que lo hace más equitativo. Con esto favorece el acceso a aquella parte de la población más vulnerable o excluida y que, de otra manera, no podrían costearlo. Sin embargo existe una aplicación desigual en el territorio nacional debido a la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento, lo que genera desigualdades en la cartera de prestaciones y, por lo tanto, situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos. Estas diferencias territoriales se traducen en un cuestionamiento sobre la cohesión territorial y la equidad del Sistema.

Todo esto se ha visto agravado por una situación de crisis y dificultad económica, sin precedentes desde su creación, que ha llevado a la disminución de los recursos destinados al sostenimiento del sistema y a cambios en su gestión. Estos cambios, además de por el motivo directo de la crisis financiera y económica mundial, también han venido impulsados por una pérdida de eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias.

A pesar de las denuncias y de las políticas de recortes, el sistema sanitario español aún no ha quebrado. Se siguen debatiendo las estrategias de cobertura y financiación pública/privada que tendrán que darse en un futuro a corto-medio plazo para abordar los temas relacionados con el análisis de coste efectividad y los modelos de gestión que relacionen este factor con el mantenimiento de un Sistema de Salud público, universal y equitativo, ya que el uso eficaz y eficiente de los recursos son herramientas clave para este necesario cometido.

Además, resulta inaplazable hacer frente a los retos actuales de la asistencia sanitaria, tanto por el impacto del envejecimiento de la población como por el aumento del gasto farmacéutico que va a suponer, sin duda, un incremento del gasto sanitario.

Por otro lado, tenemos la obligación de cumplir los mandatos legales que dan cobertura a los derechos que hemos generado a lo largo de nuestra reciente historia y que encomienda a los poderes públicos el gestionar, de la manera más eficiente, las capacidades del sistema y garantizar el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud. (Reguera, 2019).

1.5 La evolución del trabajo social en España

Abordo el surgimiento y desarrollo del Trabajo Social en España como disciplina científica y profesional desde una perspectiva historicista que comienza al término la Guerra Civil. El impulso principal se produce dentro de la transición democrática y la transformación que sufre el Estado bajo la influencia de la incorporación a la Unión Europea. El desarrollo, cronológicamente, se produce más tarde que en otros países de nuestro entorno.

En el primer período el término y los estudios, no universitarios, correspondían a la categoría de Asistente Social. Es en la segunda etapa, exactamente en 1991, donde el término Trabajo Social se introduce formalmente en el Real Decreto 1850/1981, de 20 de agosto, que reguló la incorporación a la Universidad de las anteriores Escuelas de Asistentes Sociales.

No es hasta recientemente, debido a las políticas educativas comunes de la UE, cuando se impulsa la formación académica respondiendo a una antigua reivindicación y obteniendo el rango de posgrado, aumentando el tiempo de formación y abriendo el campo de la investigación desde el doctorado.

Dentro de la Cristiandad medieval, la Iglesia Católica había asumido la función pública de atender a los desfavorecidos desarrollando el ejercicio de la caridad en las parroquias y monasterios (quienes además tuvieron un papel importante de focos de colonización durante el tiempo de la reconquista), además de ser proveedores de servicios desde sus hospitales y hospederías. Esto ocurre principalmente durante los siglos XIII, XIV y XV, si bien no es hasta el siglo XVII cuando se institucionalizan las Casas de Misericordia, los

albergues y los hospitales especializados, a la vez que aparecen los primeros marcos legislativos de la acción asistencial.

Juan Luis Vives (1492-1540). Este humanista, filósofo y pedagogo español es una de las personas más representativas del llamado Renacimiento de Europa y un referente y precursor de la Intervención del Estado organizada (Casado, 1993).

Dentro de sus obras, reseñar de manera especial “De Subventione Pauperum” (1526), obra de orientación social donde se postula la necesidad de realizar la intervención benéfica desde el ámbito público, concretamente municipal, separando el ámbito civil y religioso. Este planteamiento chocaba frontalmente con quienes enfocaban la asistencia desde la conciencia y el hecho religiosos y con algunas propuestas de intervención desde autoridades seculares de reinos y ciudades, que tenían una vocación represiva.

Promueve el principio de racionalización y sitúa la rehabilitación social mediante la capacitación y la inserción laboral. Propone una metodología para desarrollar esta atención donde se comienza con una investigación empírica de la situación aportando la elaboración de un censo para poder definir los tipos de pobres. Para, a continuación, realizar un examen de casos y recursos que nos lleva al concepto de racionalización y a contemplar lo que podríamos denominar ya “programas individualizados” de asistencia con acciones de control y evaluación, es decir una “acción social planificada” (Casado, 1993).

De aquí la importancia de esta figura del Renacimiento que anticipó el método racional de intervención social o de organización de los servicios sociales. También propugnó un modelo precursor del contemporáneo Estado de Bienestar, desplazando la responsabilidad al ámbito civil y político. El paso de la beneficencia de la Iglesia al Estado no se da, de manera formal, hasta el siglo XVIII con las nuevas teorías reformistas influenciadas por lo que pasaba en algunos países europeos.

Posteriormente, en el siglo XIX, comienza el proceso de industrialización y sus consecuencias: se producen crisis agrarias, epidemias y las sucesivas guerras que se desarrollaron en el país casi de manera continua durante casi todo el siglo. Estos conflictos bélicos son las guerras peninsulares con Portugal, de 1801 y la de 1807, la Guerra de Independencia Española (1808- 1814), las guerras de independencia hispanoamericanas (1810-1825), la Guerra o Revuelta de los Agraviados (1827) y las tres

Guerras Carlistas que prolongan los conflictos desde 1833 hasta 1876, donde finaliza la última (Suárez, Ramos, Comellas y Andrés-Gallego, 1990).

Ante este caos, la Constitución de 1812, plantea la municipalización de la asistencia, dando origen al primer intento de ordenamiento general de beneficencia en el país. Al hilo de esta breve iniciativa legislativa surgieron, posteriormente, iniciativas legislativas en las que el Estado asumía la beneficencia como objetivo propio. La falta de recursos económicos del Estado mantuvo a la Iglesia y a las entidades privadas (cofradías, etc.) como elementos complementarios en la beneficencia.

El movimiento filantrópico fundamentado en la concepción religiosa de la caridad es el germen del futuro Trabajo Social (asistentes sociales en un primer momento en España) y “construyen su proceso de profesionalización sobre la base del modelo médico” (Comelles, 1996).

En España la atención social recae sobre el asistencialismo caritativo de la Iglesia Católica y del propio régimen político de la dictadura franquista, por vía de la Sección Femenina falangista. Esta sección, además de ocuparse del campo caritativo por mandato político, tenía la potestad en el campo educativo, convirtiéndose en referente teleológico un modelo nacional-católico de mujer (Pérez Moreno, 2008).

Algunas de las instituciones formativas creadas bajo el impulso de la Sección Femenina franquista son las Escuelas de Asistentes Técnicos Sanitarios y de Magisterio, las Escuelas de Formación Profesional con especialidades como Hostelería o Secretariado y las Escuelas de Asistentes Sociales.

La Sección Femenina creada durante la dictadura franquista, se erige bajo un modelo ideológico ligado al sistema, por lo tanto de control, y, como decía, de adoctrinamiento sociopolítico y religioso de la mujer. Además, con esto se impide que la acción social quede exclusivamente en manos de otras instituciones que tradicionalmente la practicaban, como la Acción Católica, las Conferencias de San Vicente de Paúl y otras ligadas al carisma de la Iglesia. Con ello evitaban cualquier riesgo de desestabilización o crítica al régimen. Este adoctrinamiento ejercido durante 4 décadas influye en el papel de la feminización de la profesión y la influencia de este tipo de formación orientada a potenciar ciertos roles de la mujer.

En esta primera época se observa como el Trabajo Social que se desarrolla en España tiene una importante influencia del ámbito sanitario clínico, contemplando lo “social”, durante la Segunda República, bajo el paraguas de la Dirección General de Sanidad y luego del Ministerio de Trabajo, Previsión y Sanidad. Este tardío inicio se vio truncado por la Guerra Civil, momento en el que las prioridades vuelven a dirigir el trabajo hacia labores más asistenciales, lejos de la promoción.

Una vez superada la etapa de la posguerra y el aislamiento internacional, se inicia en España el proceso de industrialización y, con ello, un importante éxodo migratorio de la población rural a las ciudades. Esto produce alteraciones y cambios en la estructura social que conllevan a un aumento de los profesionales del Trabajo Social.

A pesar de estos avances, el Estado Social se va imponiendo con más retraso en España que en los países europeos, aunque también se percibe cierta influencia de la apertura diplomática de España y de textos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

En Sevilla, en 1976, se celebra el Tercer Congreso Nacional. En éste se acuerda el cambio de denominación de asistente social por la de trabajador social y la de Servicio Social por la de Trabajo Social. Posteriormente, a partir del curso 1981/1982, los estudios de los antiguos asistentes sociales se integrarán en la Universidad bajo la forma de Escuelas Universitarias de Trabajo Social y con ello se instaura la Diplomatura de Trabajo Social (Fernández García, 2008).

En Madrid la Escuela Oficial de Asistentes Sociales se integra en la Universidad Complutense, en septiembre de 1983, con el nombre de Escuela Universitaria de Trabajo Social, adoptando el plan de estudios que se había establecido en 1983 (Roldán y García, 2010).

En este momento es cuando se produce un verdadero impulso y consolidación del Trabajo Social ya que adquiere un status académico originado por su inclusión en el ámbito universitario y el reconocimiento que el Ministerio de Educación y Ciencia realiza de sus estudios con un nivel de técnico de grado medio.

A partir del reconocimiento de las escuelas y convalidación de los títulos y con el crecimiento del sistema de servicios sociales se da un mayor reconocimiento social de la

profesión. Una profesión que, una vez alcanzado este nivel de estabilidad, se suma al movimiento de revisión crítica del Trabajo Social que se origina a nivel internacional. Con la peculiaridad de que, en España, se da con un cierto retraso respecto al resto de países.

Este movimiento crítico observa que las intervenciones situaban su hilo conductor en enfoques centrados en el individuo y la familia y con cortes todavía asistencialistas o de control, generando un clima de malestar en el colectivo, de encontrarse “entre la espada y la pared” (De Robertis, 2009). Con este tipo de intervenciones se alejaban de enfoques más acordes con la visión original del Trabajo Social. Querían reenfocar su intervención hacia modelos participativos, que es de donde surge y se orienta el cambio social. Enfoques que permitieran definir la profesión como agente de cambio, aspecto que tiene especial relevancia en la bibliografía académica latinoamericana, cuantitativamente más productiva e influenciada por el paradigma marxista (Zamanillo y Martín, 2010).

A continuación factores que influyen en la consolidación e institucionalización del Trabajo Social en España como:

- La colegiación obligatoria como requisito profesional ineludible para las denominadas profesiones colegiadas.
- La Ley de creación de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Ley 10/1982, de 13 de abril, que recuerda la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio profesional.
- La consideración de “profesión regulada y titulada”, según la Directiva Europea de Reconocimiento de Cualificaciones y recogido en el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que traspone la citada Directiva al Ordenamiento Jurídico Español.
- La Ley Ómnibus que ha modificado, en parte, la Ley de Colegios Profesionales, establece que una futura Ley de Servicios Profesionales establecerá cuales serán las profesiones de colegiación obligatoria.

Resumen del Trabajo Social en España.

	PRIMERA ETAPA (1929-1970)	2ª ETAPA (1970-1990)	3ª ETAPA (1990-1999)	4ª ETAPA (2000-ACTUAL.)
Palabra clave	Escuelas de Asistentes Sociales / Trabajo Social (internacional). Federación Internacional de Asistencia Social. Categoría profesional. Código Deontológico.	Asistencia social como agente de cambio (1972). Trataban sobre la acción social y el Trabajo Social (1976). Bienestar Social Intervención social Necesidad-Problema Política Social Participación	Diplomatura (Consolidación disciplina). Modelo Social Europeo, Estados del bienestar y principio de subsidiariedad.	Estudios de Grado/Máster/ Doctorado.
Avances académicos	Fundación de una Escuela de Asistencia Social Se aprobó el termino de Trabajo Social: 1964: Reconocimiento oficial de estudios 1968: Se actualizó y concretó las funciones del Trabajo Social. Se creó una formación superior y categoría profesional de título universitario y la elaboración de un código de deontología. Decreto 1403/1964, de 30 de abril, (BOE de 15 de mayo) ratificado por la Orden Ministerial 26 de octubre de 1966. Supone mayor estructuración de las asignaturas y contenidos contemplados, así como mayor homologación de las funciones y actividades que deben ser realizadas por el Trabajo Social.	1980: Título Universitario de Trabajo Social creado en 1980, RD 1850/1981, de 20 de agosto, "la incorporación a la Universidad de los Estudios de Asistentes Sociales como Escuelas Universitarias de Trabajo Social". 1983: Orden del Ministerio de Educación y Ciencia, se establecieron las directrices para la elaboración de los planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social.	Comisión académica consejo universidades reconoce área de Trabajo Social y Seguridad Social como área de conocimiento. Diplomatura 3 años.	Espacio Europeo de Educación Superior. 2015: Máster en Trabajo Social Sanitario (Ciencias de la Salud).

Congresos / Otros	1929: Congreso Nacional de Beneficencia. 1932: 1ª Escuela de Estudios Sociales para la Mujer (Barcelona). 1932: Conferencia Internacional de Trabajo Social (Washington). Creación de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW). 1956: Creación de la Federación Internacional de Asistencia Social (Munich). 1959: Formación de la Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social (FEEISS). 1967: 1ª Escuela Oficial de Asistentes Sociales en España. 1968: I Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Barcelona).	1972: II Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Madrid). 1976: III Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Sevilla). 1980: IV Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Valladolid). 1983: Escuela Oficial de Asistencia Social. 1984: INTRESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales). Aportan elementos teóricos a través de la investigación. 1984: V Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Vizcaya). 1986: I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud (Zaragoza). Surge la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. 1988: VI Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Oviedo). Integración del Trabajo Social en las instituciones de los Servicios Sociales.	Primeros Congresos de Trabajo Social. Se empieza hablar de transformar en Licenciatura.	2003: VIII Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Santiago de Compostela). Manifiesto de Talavera. 2012: Varios Congresos: Trabajo Social Estatal, Facultades de Trabajo Social, FITS, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, etc.
Preocupación	1959: Dar una cierta unidad a los estudios que impartían en las Escuelas.	Actitud crítica: El Asistente Social como agente de cambio. Reconceptualización.	Ahonda relación entre teoría y práctica.	
Sociedad	Guerra Civil. Para paliar consecuencias mayor énfasis en desarrollo de acciones de corte asistencialista. Entre 1932 y 1950 se diplomaron 270 asistentes sociales de los que 149 trabajan profesionalmente. 1960-1970: Plan Baza (Provocó un cambio en la forma de intervención social). 1967: Creación del Ministerio de Educación y Ciencia (Madrid).	Fin de la dictadura franquista y comienzo de la democracia. 1977: Ley 3/1977, de 4 de enero. Creación del Cuerpo de Asistentes Sociales. Auge en los 80. Aportación de los conocimientos profesionales. Implantación del Trabajo Social en los entes autonómicos y locales.	1993: Tratado de Maastrich. Acuerdo sobre la política social. Criterios UE. 1994: Libro Blanco sobre Política Social. 1997: Tratado de Ámsterdam 1997: Cumbre de Luxemburgo, ha permitido dar otro paso adelante en la coordinación de las políticas laborales.	2000: Cumbre de Lisboa. Garantizar Principio de universalidad a las prestaciones Todos somos usuarios potenciales de los Servicios Sociales

Nota: Elaboración propia basada en varios (Molina, 1994, ANECA, 2004, Segundo Foro de Trabajo Social, UPC, 1999).

1.6 El Trabajo Social: identidad y ética, campo de actividad y convergencia con la salud

Una de las consecuencias directas de la incorporación al ámbito universitario de los estudios de Trabajo Social es que la titulación ya perfila la profesión, no solamente de manera nominativa, sino que identifica, de manera legal, sus funciones y competencias propias. Estas funciones del Trabajo Social son: información, investigación, prevención, asistencia, atención directa, promoción e inserción social, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, supervisión, docencia y coordinación (Consejo General del Trabajo Social. Código Deontológico, 2012).

Este marco de las funciones se asienta en el conjunto de tratados y normas que, en complementario diálogo ético, hallan espacios de encuentro que otorgan significado y validez a sus contenidos, además de otros aspectos relacionados con la ética normativa. Estos marcos son:

- El Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social/Asistente Social (1999).
- Los Estatutos de la Federación Internacional de trabajadores sociales (2002).
- Los Estatutos Generales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2001, modificados en 2002).

En España existen 36 Colegios de Trabajo Social, 2 Consejos Autonómicos (Castilla y León y Andalucía) y el Consejo General de Trabajo Social como órgano representativo, coordinador y ejecutivo de éstos a nivel estatal e internacional (CGTS, 2015).

Por lo tanto podríamos decir que nos encontramos ante una profesión que tiene una identidad legitimada e identificada socialmente. También por el propio colectivo profesional que reafirma y modula esta identidad a través de una serie de requisitos de autorregulación (titulación a través de formación, sistemas de referencia y código deontológico propios) y por un contexto propio de intervención.

Estos códigos son el sistema normativo de referencia, la “constitución” de cada profesión generada por la propia institución profesional que, de manera colectiva, actúa como primera fuente de ideología, construyendo, desde esta reglamentación, la estructura unitaria de los ideales profesionales. Como comentaba antes, la creación de estos códigos de conducta se vehiculizan y elaboran por medio de los colegios profesionales, quienes se convierten en los principales garantes de los comportamientos éticos y responsables de los profesionales.

En el último Código Deontológico de Trabajo Social se detalla, en su artículo 5: “El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que “promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y

los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar" (Consejo General del Trabajo Social. Código Deontológico, 2012).

Saliendo del ámbito nacional, el Código de Ética de la NASW, enfatiza el conocimiento como elemento de legitimación: "Los trabajadores sociales deberían contribuir a la base de conocimiento del Trabajo Social y compartir con los colegas su conocimiento relativo al ejercicio de la profesión, investigación, y ética." (NASW, 1996).

Una de las preocupaciones que compartimos muchos profesionales de Trabajo Social, y que también se ve reflejada en algunos artículos de las revistas especializadas, es la fundamentación científica y el buen hacer profesional.

Con la aparición del código ético, la reflexión sobre la filosofía y la moral entra en juego para establecer un espacio normativo universalizado que describe, por medio de la ética, los valores y deberes por los que deben regirse las intervenciones, en concreto, y la profesión si lo miramos desde un prisma más general, ofreciéndonos así patrones de comportamiento generales. Esta ética profesional no se limita a una cartera de obligaciones y deberes, de técnicas e instrumentos adecuadamente articulados. Va más allá y se introduce en el comportamiento del profesional respecto al objeto de su intervención y al papel que juega la disciplina y el propio profesional en esta relación, donde se pretende conseguir el beneficio del usuario, cliente o, como lo denominan en el campo de la salud, paciente.

El Trabajo Social tiene, en los Derechos Humanos, su horizonte ético– político, el sustento y sus principios. Estos valores permiten orientar el comportamiento profesional y se convierten en creencias fundamentales que ayudan a elegir el camino para llegar al horizonte citado. Dichos valores universales recogidos en el código deontológico son: la dignidad humana, la libertad y la igualdad (Consejo General del Trabajo Social, 2012).

Estos derechos y valores constituyen la base que da sentido y unidad al Trabajo Social en cualquier lugar del mundo, pero sin olvidar que cada país aporta, desde su cultura y su momento histórico, unas políticas y relaciones sociales características que van a influir en el desarrollo de las actuaciones.

Evolución cronológica del Código Deontológico en España y otras fechas importantes.

1948	La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
1950	El primer código deontológico de Trabajo Social tiene su origen en 1950, en Francia.
1960	La Asamblea de Delegados de la NASW aprobó la primera edición del Código de Ética. Revisado en 1979, 1990, 1993, 1996, 1999, 2006 y 2008.
1976	Veintiséis años después, la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) aprueba, en Puerto Rico, el Código de Ética en Trabajo Social Internacional.
1985	El Código de Ética en Trabajo Social Internacional es ratificado por Europa en 1985.
1989	En España, el primer código de ética publicado es el elaborado en 1989 por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña.
1994	En 1994, en Oslo, se actualiza bajo el título de <i>The Ethics of Social Work: Principles and Standards</i> .
1999	En 1999, la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales aprobó el Código Deontológico de la Profesión de Diplomados en Trabajo Social.
2002	La Asamblea General de la FITS, celebrada en Ginebra en julio de 2002, acuerda adaptarlo a la nueva definición de Trabajo Social, aprobada por la FITS en julio de 2000.
2012	Nuevo Código Deontológico de Trabajo Social Consejo General del Trabajo Social.

El Juramento de Hipócrates ha sido históricamente el referente con el que se ha identificado los principios que regían el acto médico, manteniéndose su texto y el de la oración de Maimónides en el último texto del Código Deontológico Médico. Estos textos introductorios parecen tener la intención de avalar la antigüedad de la profesión, potenciando el status profesional acreditado por esta larga trayectoria.

Si bien esta es la idea que trasciende, la Organización Médica Colegial de España promulgó su primer Código de Ética y Deontología Médica en 1978 al amparo de la Constitución de 1978, actualizándose posteriormente en 1990, 1999 y, más recientemente, en 2011.

Ambos coinciden en algunos aspectos generales:

- El ideal de ambas profesiones es un ideal de servicio y, en torno a éste, se constituye un sistema de valores.
- Están adscritos a valores universales:
 - El Trabajo Social en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, fundamentando sus principios en los valores de la dignidad humana, la libertad y la igualdad.
 - La Medicina en el Derecho a la vida y a la salud, fundamentando estos en el respeto a la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad.
- Ambos campos están enfocados hacia la excelencia en su desempeño, estando siempre orientados hacia un desempeño profesional óptimo.
- Establecen un conjunto de normas éticas que sirven como guía de la práctica profesional y de ayuda ante obligaciones profesionales en conflicto o incertidumbres éticas.
- Al publicitarse y ser de dominio público, estos códigos permiten que los ciudadanos los conozcan y puedan exigir responsabilidades a la profesión y a los profesionales. Esto se ha evidenciado de manera muy práctica con la ley de protección de datos y el derecho al secreto profesional.
- Se compromete con la vigilancia, control y sanción de las conductas profesionales no éticas.
- Cumple una finalidad educativa sobre los profesionales, al ser un referente de los valores, los principios y las normas éticas.
- Ambos actualizan sus deberes y obligaciones desde la vocación de ser disciplinas dinámicas que se adaptan a los nuevos retos que una sociedad cambiante dicta.

El Trabajo Social actualiza su Código Deontológico en 2012 y el Código Médico en 2011. Por citar un ejemplo de actualización, y utilizando el de la Organización Médica Colegial, las novedades que expone se refieren a: “asociaciones profesionales, drogadicción, segunda opinión médica, prevención de la enfermedad, duración del acto médico, error médico, esterilización, interrupción voluntaria del embarazo, publicación de la investigación médica, sobre la investigación en embriones humanos, sobre la gestión clínica y compañías aseguradoras médicas, sobre los incentivos, sobre el intrusismo en el ámbito médico, sobre la relación médico-paciente no presencial y sobre el trasplante

facial, entre otros”. En el caso del Trabajo Social no existe ninguna referencia en su código deontológico en este sentido.

Leyendo ambos códigos se pueden interpretar algunas discrepancias con las ideas-fuerza de los mismos y que pueden suponer una vía de tensión entre ambos, con el objeto de atención o entre ambas profesiones.

El Código de Deontología Médica sitúa, en su artículo 7.2, al profesional médico como “el principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud”. Con esto, y a pesar de que la salud tiene una perspectiva biopsicosocial, se excluyen voces necesarias de ser consideradas, como la enfermería, farmacia, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, entre otras, y quedan supeditadas a la hegemonía de la medicina.

El código de Trabajo Social en su Artículo 29 aborda “El/la profesional del Trabajo Social evalúe con criterios objetivos y rigurosos y de manera leal y respetuosa tanto su trabajo como el que le corresponde hacer en equipo”. Siempre, como entiendo que es lo adecuado, se refiere a “su trabajo” y no a evaluar o “procurar” que el resto de profesionales cumplan su cometido. Esa tarea le corresponderá a la dirección del equipo, departamento o similar. Pero no existe una profesión que tenga la potestad de evaluar y supervisar el trabajo del resto sin que detrás exista un modelo de relación jerárquico, y parece que esa no es la apuesta del modelo biopsicosocial.

El concepto biopsicosocial no trae en si la magia de las intervenciones transdisciplinares. En el ejército tienen claro como visualizar de manera integral los objetivos, abordando la acción desde equipos multidisciplinares que se relacionan interprofesionalmente bajo una estructura claramente jerárquica y altamente eficiente. No voy a cuestionar en este documento la eficacia, pero si la coherencia, entre los que se dicen “modelos biopsicosociales” y lo que se traduce de lo que se escribe. El Trabajo Social apuesta por el respeto y la confianza de los colegas profesionales, como aparece en el Código Ético de la NASW en su punto 2.03, donde hay que contemplar “las obligaciones profesionales y éticas del equipo interdisciplinario como un todo y donde cada uno de sus miembros las debería tener claramente establecidas”. (Reguera, 2019).

UNIDAD II

FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO DE SALUD Y SU DIMENSIÓN POLÍTICA

2.1 La salud: Definición y evolución del concepto

El término “salud” posee gran variedad de definiciones, en función de la influencia de los paradigmas que han modificado la conceptualización del campo de acción de la salud a lo largo de la historia. Si el motivo de esta investigación es la de profundizar en el papel del Trabajo Social en el ámbito de la sanidad, me parece fundamental tener claro ahondar en el propio concepto de salud y ver su evolución desde la limitada visión reduccionista que lo ha entendido como objeto de intervención exclusivo de la Medicina hasta la definición consensuada y global contemplada por la Organización Mundial de la Salud.

Según la RAE (2014) la salud es un “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” aunque también se refiere a las “condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”. Aquí puede empezar parte de la complejidad de la presencia de lo “social”. Si contemplamos funciones la percepción integra todas las perspectivas del ser humano pero si solamente hablamos de condiciones físicas estamos limitando esa visión del ser humano.

Su etimología latina *salus, salutis* (Del Col, 2007) y su raíz que sería el adjetivo *salvus* a. um “intacto, a salvo”. De estas palabras latinas se derivan sus equivalentes castellanas: salud y salvación (Pardo, 1997). Esto le comporta el significado original de “estar en condiciones de poder superar un obstáculo” (Alarcón, 1988). El autor hace referencia a esta misma analogía en otros idiomas, como por ejemplo en inglés los términos *health*, “salud” y *holy*, “santo” y en alemán con *heilen* “sanar” y *heilig*, “santo”.

Estos cambios en el significado llevan a la definición de Tomás de Aquino en “*Summa Teológica*” (1274), donde la salud es el “hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo”. Con esto, la salud se contempla desde una perspectiva individual, plasmada en un organismo sano.

Contrasta esta visión con la formulada por Hipócrates (460-377 a.C.), quien establece que el bienestar humano era influenciado por la totalidad de los factores del ambiente: hábito, clima, calidad del agua, aire y alimento (Hipócrates citado por Gavidia y Talavera, 2012).

Una definición que integra al ser humano no solo con su cuerpo si no con el contexto en el que se desarrolla y con su modo de vida.

Esta visión holística de la salud se mantuvo hasta el siglo XVII en que se separó el cuerpo de la mente, como dos elementos aparte. El cuerpo visto como una máquina compleja, la enfermedad como un quiebre de esta máquina, y el trabajo del médico como reparación de ella. La enfermedad y la salud eran dos extremos. Y es que, desde los primeros tiempos, el hombre se ha preocupado por la salud.

En la Etapa Paleolítica, la concepción de salud estaba ligada a la de muerte, producida por agentes naturales, ligados al entorno donde vivían o a causas sobrenaturales. La prevención se realizaba mediante rituales mágicos como modo de protección ante estos factores relacionados con el mundo de los espíritus. La presencia de factores religiosos ha trascendido hasta nuestra época con la influencia de las principales religiones y sus escritos (La Biblia, el Corán, el Talmud, libros chinos e hindúes).

En el Neolítico, el ser humano ya es sedentario como consecuencia del desarrollo del cultivo. Si bien la referencia a lo sobrenatural es lo que fundamenta la falta de salud y la muerte, aparecen factores ligados al nuevo estilo de vida sedentario, como la densidad demográfica que favorece el efecto negativo de las epidemias, las plagas o las luchas como estrategia de defensa de la propiedad de la tierra. En Egipto aparecen acciones precursoras del concepto de salud pública como son la creación de los primeros canales de desagüe para aguas residuales y las primeras normas de higiene personal. El papiro de Ebers (1500 a.C.) es, probablemente, el texto más antiguo en el que se hace referencia a un padecimiento colectivo al mencionar unas fiebres pestilentes, seguramente malaria, que asolaron a la población de las márgenes del Nilo alrededor del año 2000 a.C. La Biblia (Levítico, 1.500 a.C.), el Talmud y el Corán contienen las primeras normas escritas para prevenir las enfermedades contagiosas (Echeverri y Díez, 2015).

El concepto de salud como hoy lo entendemos lo encontramos ya en Grecia, e Hipócrates refleja esta perspectiva que se aleja de lo sobrenatural-mágico y se aposenta en fundamentos racionales y científicos, relacionando la salud no solo con el individuo sino con su contexto social y natural. Desde la observación realiza las primeras explicaciones racionales distinguiendo que había enfermedades habituales en una

población (endemias) y otras que aparecían periódicamente y luego desaparecían (epidemias).

En la época del Imperio Romano, en el siglo II d.C., la figura de Galeno aparece para seguir consolidando la práctica científica de la medicina fundamentada en la teoría hipocrática. Realiza una aportación bibliográfica importante en el estudio del ser humano, especialmente en el campo de la anatomía y semiología, pero no se queda solo en esta perspectiva. Se puede decir que nace el concepto de salud pública ya que se inician, en esta época, acciones relacionadas con el bienestar público como la del sistema de eliminación de excretas y recolección de basuras, construcción de viaductos, etc. (Ballesteros et al., 2002).

Pero si anteriormente el conocimiento de la salud y de la enfermedad consigue avanzar desligándose de lo mágico para ser más científica, con la influencia del cristianismo en todo el Imperio Romano aparece una etapa de prohibición de la investigación y de oscurantismo que dura doce siglos. El concepto de salvación encuentra en el sacrificio, la penitencia, el soportar el sufrimiento y el dolor, un vehículo de obtención de mérito para pasar a la Vida Eterna y ganar la salvación. Se da un retroceso en las normas higiénicas, aspecto éste, que no se da en la cultura árabe, retroceso que provoca la aparición de grandes plagas y epidemias.

Entre los siglos XVI y XVII, en la etapa del Renacimiento, comienza una etapa de profundos cambios a nivel político, económico, cultural y social que impulsarán de nuevo la importancia del conocimiento racional científico. Estos cambios marcados, entre otros aspectos, por el desarrollo de altas concentraciones de población, darán paso a las grandes ciudades donde aparecen brotes epidemiológicos importantes o al descubrimiento de América, que conlleva la aparición de nuevas enfermedades como la viruela, sífilis o tuberculosis. Se crean los primeros hospitales bajo inspiración religiosa y, desde el impulso del estudio clínico de los enfermos, se obtienen importantes avances en el estudio de la anatomía y la fisiología.

Durante los siglos XVIII y XIX, la labor de los hospitales se consolida, aumentando su prestigio y su número. También continúa su desarrollo la cirugía, pero si hay un hecho importante es el de la aparición del microscopio que, con el descubrimiento de los microorganismos, ampliará la perspectiva del objeto de estudio. En la Europa que se

encuentra bajo la influencia del movimiento ilustrado se impulsa acciones relacionadas con la política sanitaria. Dentro de este movimiento filosófico del despotismo ilustrado tuvo gran importancia la obra de Johann Peter Frank (1779-1827) a quien sitúan como padre de la política médica o pionero de la Medicina Social moderna. Se pone énfasis en el deber que tiene el Estado de promover la salud de sus habitantes, aunque sea todavía orientada desde regímenes encabezados por monarquías absolutas (Ballesteros et al., 2002).

Con la Revolución Industrial aparecen, al igual que en el Renacimiento, importantes cambios en la estructura social y, como consecuencia, en los ámbitos culturales, económicos y filosóficos. Fue un movimiento tecnológico y científico que permitió al ser humano entrar en posesión de nuevos medios y elementos. Éstos cambiaron el modo de producción con la mecanización de la industria y de la agricultura, y también facilitó los medios de transportar tanto materias como personas, lo que influyó en la aparición de los flujos migratorios y el aumento de grandes núcleos urbanos ligados a las fábricas.

El Mecanicismo hace que también se contemple el cuerpo humano como una máquina. Se produce una deshumanización de la medicina y un desarrollo de la especialización que no es más que el seguir viendo “las piezas de la máquina” por separado. Este desarrollo de la tecnología también trae la aparición de nuevos aparatos de diagnóstico y tratamiento al igual que un impulso y desarrollo en la industria farmacológica (Ortiz, 2001).

El concepto de salud como contraposición de enfermedad permaneció en el siglo XX. Hasta que, a mediados del mismo, se retoma el concepto holístico de salud. También contribuyó de manera decisiva a la mejora de la salud de la mayoría de la población mundial la instauración y desarrollo, en muchos países, de los modernos sistemas de salud pública, aspecto éste que contrasta con la aparición de las primeras aseguradoras. También aparecen las primeras definiciones de salud pública.

Bajo el amparo de las Naciones Unidas se funda, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) cuyo objetivo es el de alcanzar, para todos los pueblos, el mayor grado de salud. Es novedoso, y también muy ambicioso, el intentar conseguir la “salud para todos” pero este reto permite globalizar el horizonte y sumar más impulsos. Profundizando en esta perspectiva holística de la salud, se sitúa a ésta dentro de un triángulo en el que tiene que existir bienestar físico, psíquico y social, no centrandolo únicamente en la ausencia de enfermedad.

Esta evolución también se plasma en las maneras de definir este concepto. Un ejemplo lo podemos ver en la propia OMS, dentro del preámbulo de su Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, celebrada en Nueva York, y que no ha sido modificada desde 1948. Definía la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esta definición, si bien es positiva, universal y abarca todos los aspectos del individuo pone eje en el concepto de “bienestar” que lo iguala a “salud”. El bienestar es un hecho subjetivo. En el Centro de Atención a las Drogodependencias donde durante un tiempo realicé mi ejercicio profesional, al preguntar a algunos de los pacientes con los que intervenía el motivo por el que seguían consumiendo, la razón que daban era por el “bienestar” que les proporcionaba consumir la sustancia en cuestión. Otro ejemplo es el de personas que están inmersas en un estado de depresión y no quieren salir del ámbito domiciliario, renuncian a su socialización y viven inmersos en un estado de soledad donde llegan a encontrarse confortables, protegidos. En ambos casos, no hay duda en convenir que ese “bienestar” no es a lo que se refiere la OMS.

En la sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, la salud se presenta como un factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.

La promoción de la salud consiste en capacitar a los ciudadanos para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y así mejorar esta.

Existen diferentes modelos que intentan explicar y poner en relación la salud y sus determinantes. Entre los clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), que desarrolla Marc Lalonde en el conocido como Informe Lalonde (1974). Este modelo también va en la línea positiva de no mirar solo a la atención de enfermedad, como Hipócrates había argumentado siglos atrás. De especial interés es, cómo señala y pondera, la importancia de los cuatro determinantes de la salud. Estos grupos serían: la Biología y Genética (27%), el medio ambiente y los entornos (19%), los estilos de vida (43%) y el sistema de salud (11%). Esta interesante aportación se completa algunos años después, al poner en relación estos factores determinantes de la salud con el gasto sanitario que genera, comprobando la inadecuación del reparto. El autor realiza esto utilizando los gastos federales en el sector salud en el período 1974-1978 (Lalonde, 1974).

Tarlov, en la conferencia celebrada en Bethesda (Maryland) en 1999, ahondando en la propuesta de Lalonde, aporta un nuevo esquema de determinantes de salud, agrupándolos en cinco niveles, desde el más individual hasta el más general. La atención sanitaria que aparecía en la propuesta de Lalonde no la contempla como determinante de salud, sino como estrategia reparadora. Los niveles son los siguientes:

- Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.
- Nivel 3. Determinantes ambientales comunitarios: familia, escuela, vecindario, empleo, instituciones locales, etc.
- Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

Milton Terris (1980) realizó una revisión de la definición de la OMS y la definió como: “un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. La novedad que aporta esta definición es la introducción de la capacidad de funcionamiento, la operatividad de los individuos. De lo que se puede inferir que para tener salud no hace falta tener una ausencia de enfermedades o incapacidades. Otra perspectiva para definir la salud es la que aporta René Dubos (1956) que realiza una contribución desde un concepto ecológico definiendo la salud como “El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio” (Orozco, 2006).

Otro de los autores que discrepan de la definición de la OMS por considerarla utópica, estática y subjetiva es Salleras (1985) quien, subrayando además la importancia del contexto, ofrece la siguiente definición: “La salud es el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad”.

En la Carta de Ottawa, la OMS da de nuevo un giro al concepto de salud y describe la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o

adaptarse a él” (OMS, 1986, p. 1). Describiendo, posteriormente, la salud como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida (como un medio y no solo como un fin). La señalan como un “concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”. (Reguera, 2019).

2.2 Modelos causales

2.2.1 Modelo unicausal

Este enfoque de monocausalidad ha perdurado hasta principios del siglo XX influenciado por las teorías mecanicistas provenientes de la física, y que quedaron representadas en los Estudios de Ciencias de la Salud (en adelante ECS) en la teoría del contagio de Koch a finales del siglo XIX. Esta influencia creía que, para producir una enfermedad infecciosa, era suficiente un agente (virus, bacterias, hongos, etc.). Una causa única genera un efecto único. (Ej. Diagrama 1). En este modelo no se contemplaron factores asociados al huésped y a su medio ambiente, necesarios para que se produzca una enfermedad.

Ejemplo de Modelo Unicausal.



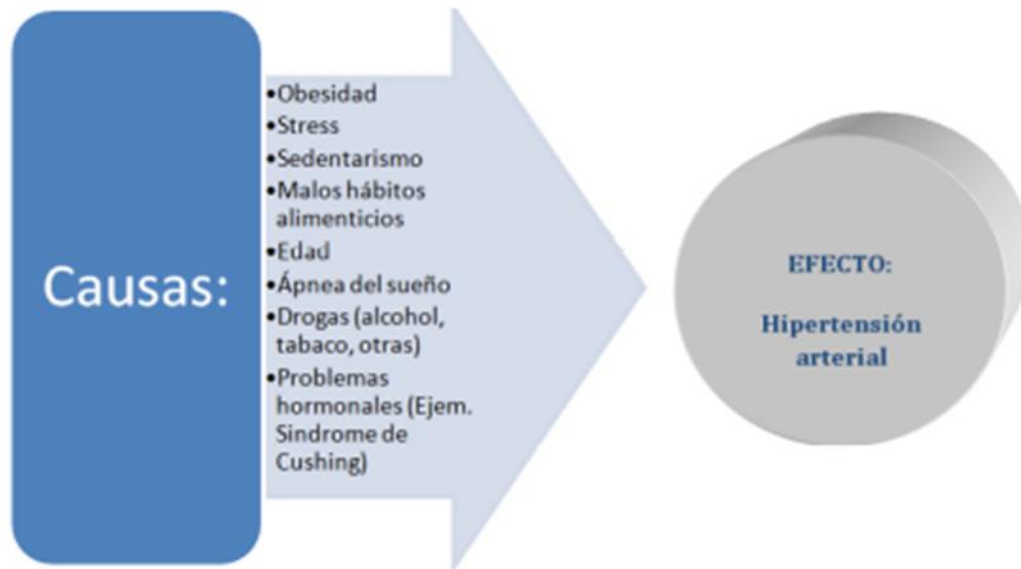
Este modelo determinista aparece como insuficiente ya que no puede responder al porqué no todas las personas expuestas al germen se llegan a infectar o por qué no todas las infectadas por el germen llegan a desarrollar la enfermedad. Esto es lo que nos lleva a los siguientes modelos (Susser, 1991). (Reguera, 2019).

2.2.2 Modelo multicausal

El segundo modelo coloca el enfoque en múltiples causas y un efecto (Diagrama 2) y, al igual que el primer modelo, pone su acento en las enfermedades infecciosas. Este modelo observa el aumento de las enfermedades crónicas. Las enfermedades no son producidas por un agente causal único, alejándose del determinismo. Esto significa que existen factores que no son fruto del azar, sino que pueden estar asociados al huésped y a su medio ambiente, y que también, debido a la interrelación de estos factores, pueden condicionar la aparición o el control de determinadas enfermedades.

Esto lleva a poder estudiar patrones de enfermedades en colectivos de personas para luego poder determinar las causas de por qué unos individuos desarrollan una enfermedad y otros no. Este modelo ha sido útil para explicar patrones de enfermedades crónicas y degenerativas que se encuentran en un período transitorio, en el que el agente etiológico no es el único factor que produce el efecto morboso.

Ejemplo de Modelo Multicausal.

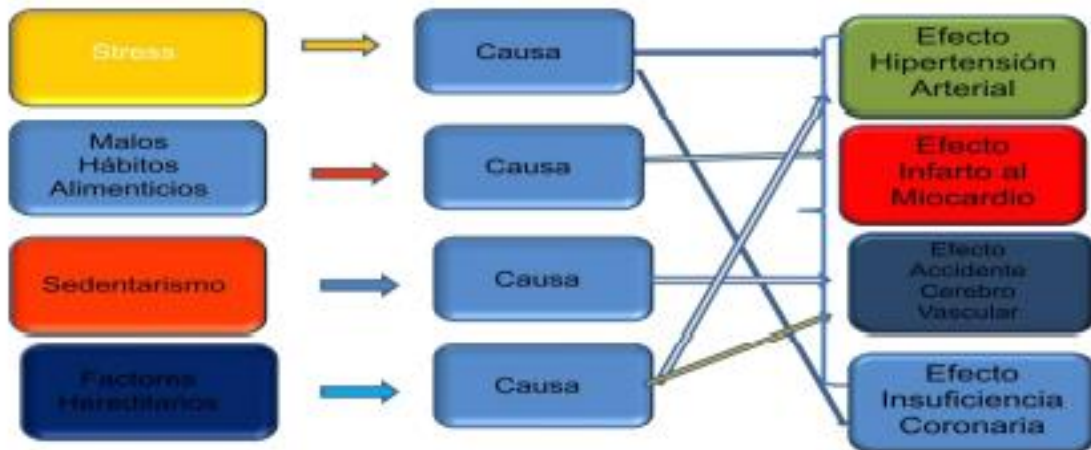


2.2.3 Modelo múltiples causas/múltiples efectos

El tercer modelo es el que contempla múltiples causas/múltiples efectos. Relacionado con el concepto holístico de la salud, explica que las enfermedades pueden tener varias causas que, de forma conjunta o independiente, dan lugar a la aparición a las mismas así como una sola causa puede provocar diferentes enfermedades.

Como ejemplo de múltiples causas podría citar la enfermedad del cólera, provocada por diferentes factores causales (el propio germen, la desnutrición, la falta de agua potable, etc.). El consumo excesivo de grasas saturadas sería un ejemplo de causa que puede provocar diferentes efectos o enfermedades como obesidad, arteriosclerosis, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.

Modelo Múltiples Causas Múltiples Efectos.



Nota: Marqués (1989).

Como se ve, los límites que tiene la enfermedad y los estados de salud se convierten en imprecisos y, desde la influencia de las teorías, se pueden explicar de diferentes maneras. Me detengo brevemente en la explicación que, desde la perspectiva ecológica, se intenta aportar superando las interpretaciones unicasales, reduccionistas y biologicistas puras.

Desde esta perspectiva se asume como causante de la morbilidad un complejo proceso de interacción de factores inherentes al agente, huésped y medio ambiente. A la agrupación de estas variables que interactúan permanentemente entre sí se la denomina Tríada Ecológica. Existen diferentes clasificaciones. Expongo brevemente una definición y resumen de aquellos factores que aparecen en la mayoría de éstas clasificaciones, que tienen como referencia la Triada Ecológica de Cockburn (1963) y que me han parecido más significativos desde la perspectiva que aborda esta investigación. Por la naturaleza de nuestra disciplina, esta definición se encuentra más alejada de modelos biologicistas y más ubicados en perspectivas ecosociales de la salud, no solo para la intervención directa, sino en el desarrollo de actuaciones que miran a las causas externas que producen la enfermedad o lesión, desde la promoción y prevención.

Agente: factor o elemento de naturaleza viva o inerte cuya presencia, carencia o alteración pueden iniciar o mantener un proceso morboso o provocar una lesión. Es necesaria su presencia para provocar una enfermedad, pero no necesariamente ocasiona un mal por sí sola. Se pueden clasificar en:

- Físicos (calor, frío, eléctricos, mecánicos, etc.).

- Químicos (ácidos, álcalis, tóxicos, cancerígenos, etc.), estos agentes están aumentando exponencialmente con el avance de la industria durante los últimos dos siglos. Para destacar la importancia de estos factores, simplemente señalar el aumento de un importante contaminante atmosférico habitual de las grandes ciudades como es el monóxido de carbono, que ya genera alertas especiales en momentos de alta densidad.
- Biológicos (bacterias, virus, hongos, parásitos, etc.) estos elementos pueden tanto ocasionar daño como servir de medio para la curación de enfermedades. Algunas de las enfermedades más conocidas en la actualidad, debidas a elementos biológicos son el sarampión, la tosferina, la rubéola, el SIDA, la hepatitis viral, o recordando algunas últimas alertas mundiales la zoonosis, enfermedades de los animales transmitidas a los humanos.

Huésped: todo ser vivo sano o enfermo sobre el que actúan tanto el Agente como el Medio. El ser vivo es poseedor de una carga genética, raza o combinación de razas e historia, etc., que hace que su proceso de salud - enfermedad sea individual y no generalizado. Algunos de estos factores que modifican sensiblemente la respuesta del mismo a las diversas agresiones que recibe son:

- Edad. Existen enfermedades que se desarrollan generalmente en las diferentes etapas evolutivas del ser humano: el sarampión o la rubéola propias de los niños, aquellas que corresponde a la etapa productiva de la persona y que en su mayoría son accidentes de trabajo, homicidios y accidentes de tránsito o aquellas relacionadas con la última etapa de la vida donde aparecen un elevado índice de enfermedades de tipo degenerativo como osteoporosis, artrosis y cáncer.
- Sexo.
- Especie.
- Raza. Uno de los múltiples ejemplos es el del cáncer de piel, enfermedad que tiene más incidencia en los individuos de raza blanca que en los de raza negra.
- Trabajo o Profesión.
- Herencia: La herencia del patrón genético nos puede condicionar para tener una mayor predisposición a desarrollar alguna de las denominadas "enfermedades

heredofamiliares" (hemofilia, talasemia, diabetes juvenil, etc.), así como a cierto tipo de patologías, entre otras, la hipertensión arterial.

- Costumbres.
- Susceptibilidad y Exposición al riesgo.
- Factores socio-económicos: Estos factores pueden facilitar desde un acceso a una dieta nutricional adecuada hasta unas condiciones de salubridad adecuadas en el entorno que dificulten el desarrollo de determinadas enfermedades.

En relación a estos factores se puede ver como algunas sociedades han desarrollado, desde sus sistemas de protección social y jurídica, una normativa legal para legislar teniendo en cuenta estos factores. Algunos ejemplos se pueden ver en los calendarios de vacunación infantil, políticas positivas respecto a la mujer en el trabajo, durante el embarazo y crianza o sobre la protección a menores y mayores marcando edades mínimas y máximas (jubilación) para el desempeño de actividad laboral.

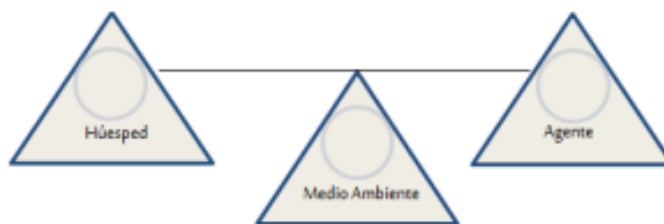
Medio ambiente: es importante por la existencia en él de factores que rodean al huésped y a los agentes pudiendo éstos facilitar o no el estado de salud. Estos factores serían:

- Físicos: clima, ubicación geográfica, etc. Por ejemplo: vivir en un medio con altas temperaturas y escasez de agua o elevadas radiaciones solares influirá en los hábitos y desarrollará una mayor predisposición a determinadas enfermedades que si el hábitat se correspondiese con uno de bajas temperaturas y mayor humedad.
- Biológicos: flora, fauna y microorganismos del lugar de estudio. Pueden actuar como huéspedes definitivos o intermediarios para favorecer la aparición de la enfermedad o contaminación de otros seres vivos. Esta variable también está muy relacionada con el clima.
- Sociales: bajo este epígrafe se resume diferentes aspectos que se extienden a áreas tan amplias como las relacionadas con el núcleo de convivencia familiar, el medio habitual de trabajo, características culturales, demográficas y, de manera especial, la influencia de los movimientos migratorios, la economía, nivel educativo y cultural (grado de alfabetización), la organización social, política, religión, vivienda (problemas de hacinamiento y salubridad), organización sanitaria, etc.

Como ejemplo se podría contemplar un ambiente familiar que debido al comportamiento de los miembros de la familia, sus creencias y sus mitos pueda afectar psicológicamente o físicamente a la salud de alguno de ellos. O algo mucho menos complejo, un medio laboral aparentemente “amable” como podría ser el de un trabajo administrativo, puede generar riesgos que van desde enfermedades profesionales como lumbalgias por problemas ergonómicos, estrés por jornadas prolongadas o situaciones de relaciones no satisfactorias.

La representación de esta Triada Ecológica varía según la significación que se le quiera dar a los tres elementos. Se esquematizan como una balanza (ver Diagrama 4), y el equilibrio de aquellos identifica al estado de salud, mientras que, si se rompe ese equilibrio, se desarrolla la enfermedad.

Representación de la Triada Ecológica I.



Nota: Elaboración propia basada en Triada Ecológica Cockburn (1963).

En resumen, el concepto de salud ha ido evolucionando desde lo puramente curativo a lo preventivo, desde perspectivas deterministas que subrayan modelos monocausales a la multicausalidad y también el multiefecto. Desde lo individual a lo colectivo y, lo que es más importante para la aparición del Trabajo Social, desde la transición de modelos puramente biológicos al modelo biopsicosocial que supone un importante cambio en la concepción de la salud y la enfermedad. Este cambio queda recogido de manera especial en la definición que la OMS acuñó en el año 1948 para el término “salud” y que, entre otros aspectos, supone un cambio importante en la perspectiva que debe adoptarse en las políticas sanitarias.

La enfermedad se convierte en un fenómeno plurideterminado en el que los factores biológicos, conductuales y ambientales (físicos y sociales) cobran una gran importancia. El objetivo ya no es exclusivamente la sanación de la enfermedad sino que nos encontramos con la realidad que aportan muchos de los trastornos crónicos (asma, hipertensión,

diabetes, etc.) donde el objetivo, especialmente desde el Trabajo Social, se dirige hacia el aumento en la calidad de vida del paciente, contemplando a la/s persona/s en su totalidad y atendiendo a las repercusiones que produce la enfermedad o lesión en los diferentes contextos donde interactúa.

A este nuevo concepto, “calidad de vida”, se suman otros como “estrategias de afrontamiento de la enfermedad” o “adhesión terapéutica”, donde no solo hay que contemplar los factores causantes sino aquellos que pueden influir en el acceso de la intervención. A veces una razón tan simple como la imposibilidad para acceder a un medio de transporte debido a la falta de ingresos económicos determina el acceso de las personas a los recursos y, por lo tanto, el acceso a la salud.

No hay que olvidar que estos cambios han originado, a su vez, otros que han terminado plasmados en el campo del derecho nacional e internacional. Éstos se han traducido en normas, decretos, leyes, convenios y acuerdos que regulan actividades relacionadas directamente con la prevención de la salud, como las legalmente sustentadas en el desarrollo de diferentes programas de vacunación (tétanos, sarampión, gripe, etc.), de prevención, control y tratamiento de diferentes enfermedades (tuberculosis, cáncer, SIDA, etc.) e incluso ante aquellas situaciones sobrevenidas como pueden ser los programas de prevención desastres.

Por otro lado, la salud sale del ámbito de la Biología e inunda otras disciplinas científicas y profesionales que acaban plasmando nuevas maneras de actuar que, en muchos casos, terminan por afianzarse de manera legal en nuestra sociedad. Algunas de estas han desarrollado una importante influencia sobre las estructuras productivas, generando cambios de políticas como en el caso de la salud laboral o en la educación. (Reguera, 2019).

2.3 Construcción del concepto de salud social

La salud es considerada en todas las culturas como un bien en sí mismo y su mantenimiento y recuperación suele ser uno de los objetivos más importantes, tanto a nivel individual como de la sociedad en su conjunto. El estudio de las representaciones sociales del cuerpo y la salud forma parte de una vieja tradición del laboratorio y objeto de numerosas investigaciones (Candrea y Paladino, 2004).

La enfermedad en la naturaleza no existe como tal ya que solo puede entenderse al observarse como una fractura en la línea de continuidad de un ser vivo al cambiar algo en su estado habitual. Con esto llegamos a la conclusión de que para ser denominado como enfermedad tiene que ser observado y al ser observado, el individuo y la sociedad le dan la categoría de enfermedad a esa desviación.

Pero esa desviación o ruptura en el proceso de continuidad que significa la salud puede tener diferentes interpretaciones en función de si se ha llegado como consecuencia del sujeto (práctica de riesgo) o si éste no ha sido responsable de esta ruptura (enfermo por contagio espontáneo) pudiendo incluso entrar en juego construcciones éticas o morales diferentes ante el mismo hecho. La quiebra de la salud, según sea el tipo de enfermedad que aparezca o de la situación social de la persona que la padezca, puede tener una significación social diferente. No existe una percepción única de la enfermedad o del enfermo (Kombilt y Méndez, 2000).

Por lo tanto, podemos afirmar que la salud y la enfermedad, que parten de la realidad social, son conceptos socialmente contruidos. La consideración de un hecho como un signo de enfermedad depende de factores relacionados con la Sociedad y la Cultura, desde donde se generan los valores culturales, normas sociales y las reglas de interpretación que se comparten en una sociedad. Éstos tienen un carácter dinámico y se van construyendo, a su vez, en las diferentes etapas de la vida.

Es por esto por lo que no resulta fácil, a veces, cambiar conductas relacionadas con el cuidado de la salud. Nuestros comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales complejas (Candrea y Paladino, 2004) y no es fácil cambiar éstas por otras conductas aunque esto signifique un mejor cuidado de la salud.

Pero si el conocimiento lo elaboramos también desde la influencia de aspectos socioculturales no hay que olvidar el riesgo del carácter céntrico y universal que le damos a una ciencia construida desde la hegemónica perspectiva cultural occidental. Los aspectos anteriores tienen especial relevancia ya que el Trabajo Social en el desempeño profesional dentro del ámbito sanitario debe ser consciente de los significados simbólicos-sociales de la enfermedad y la salud.

El concepto de salud y enfermedad y la manera de entenderse, aparecer y afrontarlos como veíamos en el apartado de definiciones no viene determinado exclusivamente por

agentes biológicos. Este concepto tiene determinantes relacionados con diversos factores sociales, culturales, económicos y políticos y así vemos cómo la enfermedad, diferenciada de la dolencia, hoy en día se considera como un fenómeno cultural complejo en el que los indicadores patológicos son transformados en signos sociales y relacionados simbólicamente con otras dimensiones de la vida social (Martínez y Muñoz, 2008).

Si analizamos algunos hechos cotidianos desde el punto de vista etiológico y evolutivo, podemos observar cómo la manera de entender la salud y afrontarla está, en gran medida, relacionada con una serie de factores relativos al comportamiento y estilos de vida de los individuos que conforman las sociedades.

Uno ejemplo sencillo sería la influencia del clima en las costumbres alimentarias que se dan en diferentes ámbitos geográficos, siendo éste un factor que influye en la aparición o no de determinadas enfermedades o en recomendaciones preventivas. Como concreción de la influencia del clima en las costumbres podríamos citar el caso de la Dieta Mediterránea recomendada como factor de prevención de enfermedades y de mejora de la salud.

Si analizamos otras variables relacionadas con el status socioeconómico, nos podemos encontrar que la salud puede ir relacionada con otros aspectos como puede ser el de la imagen. Entonces nos encontramos con atenciones sanitarias, especialmente en el ámbito privado, relacionadas con la estética que tienen que ver más con la perspectiva del bienestar psicológico.

El fenómeno de la inmigración también ha influido en el modo de entender y construir una imagen y un concepto de la salud pero desde el enfoque del derecho al acceso a los sistemas de protección de la salud. Aquí es donde vemos la salud no solo como un concepto sino como un derecho que necesita recursos y por lo tanto gasto público o privado. Aún cuando, paradójicamente, por regla general, el inmigrante económico es joven y con un nivel de salud de partida bueno, frente al inmigrante comunitario, de mayor edad y en consecuencia con menor salud pero con recursos económicos generalmente más que suficientes. Es en los factores sociales donde nos encontramos que el inmigrante económico experimenta situaciones de marginación, hacinamiento, soledad y pobreza que nos tiene que conducir a analizar sus condiciones de vida e indicadores de salud como factores mejorables, con acciones no solamente de protección social, sino de

asistencia sanitaria, desde el ámbito de la prevención de la enfermedad y de la integración social.

Con esta realidad se añade otro factor de desigualdad más ya que el derecho a la salud puede depender del estatus jurídico que tenga la persona.

Ahora hablamos de envejecimiento activo que en 1990, la OMS definió como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Si al hablar del incremento de la inmigración hablamos de un aumento en la carga económica para el Estado, el envejecimiento impone más demandas económicas y sociales, exigiendo esta realidad la generación de políticas y programas con perspectiva multidisciplinar e integral desde todos los sectores de la sociedad. Como ejemplo en nuestro país tendríamos la Ley de Dependencia, que desarrolla atenciones a distintos niveles: clínicos o médicos, sociales y psicológicos.

La idea de “envejecimiento activo” tiene que ver con el término “salud”, y conlleva generar un sistema de salud que no solo permita prolongar la existencia, sino también la calidad de vida de las personas.

Nuevos marcos de referencia que llevan a las diferentes sociedades a recrear conceptos y a nuevas maneras de interpretar y codificar la salud y, en consecuencia, a modificar comportamientos específicos de acuerdo con el nuevo trasfondo explicativo. Uno de estos cambios ha sido el que ha propiciado un traspaso de la responsabilidad sobre la salud, que antes era técnica profesional, a los propios ciudadanos a quienes se les anima a tener un papel más activo en el cuidado y mantenimiento de la salud (Candrea y Paladino, 2004).

Si diferenciamos la salud pública de la asistencia sanitaria vemos que no podría ser definida desde el punto de vista teórico como un bien público. La asistencia sanitaria y, por lo tanto, la utilización de las prestaciones orientadas al cuidado de la salud, es individual y limitada ya que depende del acceso a la misma de los recursos disponibles. Ejemplo claro serían la prestación sanitaria odontológica, óptica o el polémico acceso, por ahora no universal, al tratamiento del medicamento para la hepatitis C, una vez aprobada la inclusión del fármaco en la financiación pública. En cualquiera de estos ejemplos vemos como la asistencia sanitaria o al producto sanitario se tiene que hacer de manera privada,

siendo generalmente el precio elevado para una parte importante de la población y por lo tanto excluyente.

Entonces, si la asistencia sanitaria no es un bien público ¿por qué interviene el Estado prestando socialmente bienes que en realidad son privados y que se podrían obtener en el mercado como sucede con otro tipo de servicios personales?, ¿existen algún tipo de razón teórica que sostenga esta construcción que parte de nuestra sociedad comparte?

El sistema económico imperante justifica la intervención del Estado directa o desde la articulación de mecanismos reguladores jurídicos con el objetivo conseguir las mayores cotas de bienestar social, entendido como el equilibrio óptimo entre eficiencia y equidad.

Respecto a la desigualdad, el sistema económico de libre mercado genera en la sociedad una distribución de la renta desigual, aspecto que si lo relacionamos con el hecho anterior, también define una posibilidad de acceso a la atención sanitaria desigual.

Una característica fundamental del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), que se define en la Ley General de Sanidad se centra en asegurar una asistencia sanitaria pública que se extienda a toda la población española refiriendo que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. A pesar de estas premisas vemos como existen algunos colectivos que tienen dificultades, o directamente no pueden ejercer este derecho a la asistencia sanitaria, especialmente aquellos colectivos con rentas bajas (por ejemplo perceptores de de rentas mínimas de inserción o de pensiones no contributivas.), personas sin ingresos por agotamiento o extinción de prestaciones, personas con la situación jurídica no regularizada y que no tienen acceso a prestaciones. En la prensa nacional también se ha denunciado la dificultad de acceso para otros casos como los españoles que han vivido en países del extranjero sin convenio sanitario con España y que tienen recursos económicos, personas que nunca han trabajado y disponen de alguna renta y trabajadores liberales incluidos en colegios profesionales que no están integrados en el régimen especial de autónomos (Pérez-Lanzac. y Sahuquillo, 2010).

Para garantizar la equidad bastaría con que se universalizaran todas estas prestaciones o una redistribución de renta en forma de transferencias monetarias hacia los segmentos de renta más baja, para posibilitarles la compra de un seguro o acceso por libre mercado a la prestación del servicio. Ambas opciones quedan fuera de la realidad en este momento y

es en este espacio donde entra en juego la asistencia sociosanitaria benéfica. Este sería otro aspecto para profundizar, sobre todo, en los impedimentos socioeconómicos que tienen ciertos colectivos y, si fuera posible, cuantificar las ayudas otorgadas por las entidades benéficas para llevar a cabo este apoyo a tratamientos sanitarios o, lo que es más común, para facilitar el acceso al pago de medicamentos. (Reguera, 2019).

2.4 Los sistemas de protección de la salud

El término salud pública es complejo y también ha tenido un amplio y extenso desarrollo teórico-explicativo al que van unidos un marco de análisis y un abordaje operativo específico. El auge de este enfoque de la salud ha ido muy unido a los cambios que se han desarrollado en los modelos conceptuales en epidemiología y que intentaban establecer la causalidad de factores asociados a momentos de especial prevalencia de determinados perfiles de enfermedades infecciosas y crónicas.

Susser en su discurso sobre el futuro de la epidemiología distingue los siguientes momentos críticos o eras en la evolución de la Epidemiología Moderna (Susser 1996):

- S. XIX. Estadísticas Sanitaristas. Paradigma: Miasma: envenenamiento del aire, tierra y agua. Enfoque preventivo. Saneamiento ambiental: drenajes, tratamiento de aguas residuales. Ejemplo: las plagas.
- S. XIX y XX. Enfermedades Infecciosas. Paradigma: Teoría del Germen: un agente específico relacionado a una enfermedad específica. Enfoque preventivo. Interrupción de la transmisión: vacunas, antibióticos. Ejemplo: la tuberculosis.
- S. XX. Enfermedades Crónicas. Paradigma: La Caja negra: exposición relacionada al evento sin ser necesariamente un factor patógeno. Enfoque preventivo. Control de factores de riesgo modificando estilos de vida. Ejemplo: estudios sobre la relación entre hábito tabáquico y cáncer de pulmón.
- Fin S. XX. Enfoque preventivo. Paradigma: Caja China: relación de factores a múltiples niveles: celular, individual, poblacional. Enfoque preventivo. Aplicación de información y técnicas a diferentes niveles de intervención. Ejemplo: SIDA.

Desde esta transición en el concepto de la epidemiología se puede contemplar cómo es necesario abordar los determinantes en salud, no solo desde una perspectiva individual, si no desde una poblacional. Desde esta perspectiva se contemplarían unos servicios de salud como respuesta no solo individual si no social, que se organicen para atender tales

condiciones y los recursos humanos, materiales y financieros para garantizar la operación de estos servicios. Esto nos introduce en los sistemas de protección de la salud.

Podríamos decir que los sistemas de protección de salud son la respuesta específica que da una determinada comunidad social, soberana e independiente políticamente de otras comunidades. De esta manera se conceptualiza sociopolíticamente la definición de salud.

Por lo tanto el objetivo principal de un sistema de salud es llevar a cabo actividades encaminadas a “proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro” (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). La mayoría de los sistemas de salud nacionales engloban organizaciones, instituciones y recursos del sector público, privado, tradicional e informal.

Según la OMS (2005) un sistema de salud es “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”. La Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) considera que las funciones principales de un sistema de salud son la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Respecto a la responsabilidad del desempeño global de los sistemas de salud, la OMS señala directamente al gobierno de cada nación y a las administraciones y corporaciones regionales y municipales como las responsables de realizar una buena gestión del mismo. Esta regulación la realiza mediante el dictamen del conjunto de normas que marcan las reglas de funcionamiento del sistema sanitario.

A la hora de abordar el tema de la financiación, vemos que los recursos económicos necesarios para el sostenimiento del mismo pueden provenir del ámbito público o privado (OPS, 2003). Dependiendo de la forma en la que procedan y se gestionen estos recursos podemos distinguir entre cuatro tipos de financiación que vamos a detallar brevemente.

- **Liberal:** El sostenimiento lo realiza directamente el usuario al proveedor del servicio mediante un pago que realiza de manera directa y voluntaria sin que tenga

que concurrir la presencia de ningún intermediario. Esta contratación y utilización de servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

- **Seguros voluntarios:** El usuario utiliza la figura de una entidad intermediaria privada que, tras la suscripción de una póliza, le asegura la asistencia según las prestaciones que haya contratado.
- **Seguros sociales obligatorios:** Como la anterior, es una entidad intermediaria privada la que facilita el acceso a los recursos pero la aportación económica se realiza a través de cuotas proporcionales a los salarios, pagadas por los trabajadores y por las empresas. La entidad privada encargada de recaudar las aportaciones económicas también tiene la función de pagar a los profesionales o servicios proveedores.
- **Servicio Nacional de Salud:** En este tipo de financiación es el Estado quien realiza una asignación estable de los recursos económicos a través de sus propios presupuestos generales. Los proveedores son generalmente personal perteneciente a la administración del estado y la gestión del sistema es ejecutada.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un Sistema de Salud equitativo y una estrategia fundamental para fomentar el desarrollo y luchar contra la pobreza.

Sin que exista un acceso universal, real, eficiente y eficaz, la cobertura universal se convierte en un propósito imposible y ficticio. La existencia de ambas premisas constituyen “condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar” (OPS, 2003). por los directivos políticos.

Dependiendo del modelo en que se desarrolle, el sistema sanitario se antepondrá a diferentes objetivos y, en consecuencia, los resultados sobre la salud del conjunto de la población serán unos u otros. Los modelos se podrán resumir en tres tipos. (Reguera, 2019).

2.5 El modelo de salud OMS o europeo

La Unión Europea (en adelante UE), marco geográfico donde sitúo el acercamiento a los sistemas de salud, es una contexto que ha ido ampliando su territorio y que en 2014, en la llamada Europa de los 28 contaba con 507.416.607 millones de habitantes, aportando España 46.507.760 (9,2%) lo que la situaba en la sexta posición por detrás de Alemania

que encabezaba la lista, seguida de Turquía, Francia, Reino Unido e Italia (11,8%) (Eurostat, 2015).

En el contexto de la UE, especialmente hasta la composición de la primera ampliación posterior al Tratado de Maastricht, en la denominada Europa de los 15, existe una tradición fuertemente arraigada de derecho universal a la atención sanitaria básica que preside los modos de organización de los sistemas sanitarios sea cual fuere el modelo adoptado. Esta tradición se ha convertido en objetivo prioritario y, desde su política sanitaria, complementa las políticas nacionales para garantizar que todas las personas que viven en su territorio tengan acceso a una asistencia sanitaria de calidad.

En la Carta Social Europea elaborada el 18 de octubre de 1961 en Turín, en su artículo 13, se señala el Derecho a la asistencia social y médica. El artículo 12 aborda el Derecho a la Seguridad Social desde el compromiso que establecen los países para constituir o mantener un régimen de Seguridad Social y hacerlo en un nivel satisfactorio, al igual que señala el compromiso que debe existir para aumentar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.

Posteriormente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entró en vigor el 3 de enero de 1976, recoge en su artículo número 12, el reconocimiento al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y pone como meta la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

También, en la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (2000), con las rectificaciones que aporta desde su entrada en vigor el Tratado de Lisboa, el día 1 de diciembre de 2009, refiere que toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana (artículo 35).

Ahondando un poco más en el plano legislativo, el Tratado de Funcionamiento de la UE (2008) define, en su art. 4. 2 f), la competencia compartida entre la Unión y los Estados miembros en materia de salud pública. En su art. 6 a) subraya como competencia de la UE apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros, la materia de la protección y mejora de la salud humana.

Los principales objetivos de la política sanitaria de la UE (2014) son:

- Prevenir enfermedades.
- Promover estilos de vida saludables.
- Promover el bienestar.
- Proteger a los ciudadanos de las amenazas transfronterizas graves para la salud.
- Mejorar el acceso a la asistencia sanitaria.
- Promover la información y la educación sanitarias.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.
- Apoyar unos sistemas sanitarios dinámicos y las nuevas tecnologías.
- Fijar unos niveles elevados de calidad y seguridad para los órganos y sustancias de origen humano.
- Garantizar un elevado nivel de calidad, seguridad y eficacia en los medicamentos y productos de uso sanitario.

La UE expone 3 derechos, a modo de resumen, para los ciudadanos de la Unión (UE, 2014):

- El derecho a recibir la atención sanitaria necesaria en cualquier país de la UE.
- El derecho a poder optar por una atención sanitaria planificada en otro país de la UE y ser reembolsado por ello, total o parcialmente, dependiendo de las circunstancias, al regresar a su país.
- El derecho a disfrutar de algunas de las normas en materia de seguridad alimentaria más estrictas en el mundo.

Como se puede observar, las políticas europeas de protección de la salud contemplan el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias como un derecho humano fundamental y universal que debe aplicarse a todas las categorías de población que sean ciudadanos europeos. El debate está en la prestación de esta atención a aquellas personas que, bajo la categoría de inmigrantes, refugiados o personas desplazadas, se encuentran en cualquier país de la UE.

En la UE-15 7 países: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos tienen un modelo en el que la principal fuente de financiación del sistema de

seguridad social es la que proviene de las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores.

Desde los fondos presupuestarios alimentados por los impuestos generales se financian las primas de los seguros que dan servicio a los sectores desfavorecidos y sin cobertura o ciertos tipos de asistencia básica pública, como las vacunaciones o los servicios de salud maternas.

Sistemas sanitarios en Europa: Sistema de Seguros Sociales - El modelo mutualista o de "Bismark".

Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos.

Los recursos financieros van a parar a los "fondos" que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos.

Los "fondos" contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto.

- Alemania
- Austria
- Bélgica
- Francia
- Grecia
- Luxemburgo
- Países Bajos

Nota: Recuperado de Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España 2014 y OMS.

Resumen de Sistemas Sanitarios en Europa: Servicio Nacional de Salud-El modelo de sistemas públicos o de "Beveridge".

Financiación a través de impuestos	Presupuestos del Estado
Acceso universal	Médicos asalariados o por capitación
Control gubernamental	Cierto sector privado
Principal gestión del Estado	Algunos copagos por parte de usuarios

- Dinamarca
- España
- Finlandia
- Irlanda
- Italia
- Portugal
- Reino Unido
- Suecia

Nota: Recuperado de Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España 2014.

Concluyendo: esta apuesta por la unión de naciones para lograr objetivos comunes, en un primer momento el de conseguir la paz, que es la UE es parte del camino pensado por intelectuales como el abate Saint Pierre o Emmanuel Kant en su obra “La paz duradera” (Muñoz y López 2004). En relación a la salud como concepto común europeo, las primeras iniciativas para plasmar, de manera real, este deseo se sitúan en 1863, cuando se fundó el Comité Internacional de la Cruz Roja, y en 1919, cuando se crea la Sociedad de Naciones, después de la I Guerra Mundial.

Hoy en día, y con un importante camino por delante, hablamos del bienestar común, de la economía, de medidas de protección social y, sobre todo, de la salud como un logro común pero también como un reto para el que es necesario mantener la integración de la UE desde una base de cesiones de las soberanías. (Reguera, 2019).

2.6 El concepto salud enfermedad

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales. Galeno, nacido en el año 131 A.C., se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad.

De esta forma, con el naturalismo hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural. Sin embargo, en la Edad Media se recurre nuevamente al influjo religioso en la presencia de la salud y de la enfermedad. En la edad moderna, con el auge de la ciencia, se desarrolló de forma significativa la ciencia anatómica y se produjeron grandes avances en el descubrimiento de principios anatómo fisiológicos, y químicos, entre otros, vinculados a las alteraciones de la salud.

En este mismo período parece abandonarse la creencia de que en dichas alteraciones hay una relación causal con el castigo de los dioses, los malos espíritus y los demonios. En suma, se puede decir que, en la edad moderna hay un privilegiado interés natural por el cuerpo humano. El invento del microscopio, a finales del siglo XVII, permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Por otro lado, con el advenimiento de la Revolución Industrial y los avances técnico científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud. Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad”. Durante el siglo XIX, las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad. Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad, condujo a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a hacer especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones. Desde esta perspectiva, el modelo causal simple se transforma en un modelo en el que la tríada huésped (Guest), hospedero (Host) y ambiente, participan en procesos de interacción recíproca. Este modelo es considerado como el modelo epidemiológico clásico, que aún hoy continúa privilegiado por la racionalidad científica moderna.

Los avances propiciados por las ciencias naturales, influyeron de manera significativa en la concepción sobre la salud y la enfermedad, de tal manera que para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad, primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas y el interés se centró en las relaciones de deducibilidad entre los enunciados, a partir de los cuales se describen observaciones, se refutan o confirman leyes, hipótesis o teorías. Esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control, propias de las ciencias naturales.

Desde el punto de vista del epidemiólogo, el concepto de “hospedero” es un elemento importante del concepto de “inmunidad”. El concepto de “hospedero” hizo suyo el énfasis que Hipócrates hacía en la constitución y susceptibilidad, expresado en la teoría de los humores, y obligó a los científicos y a los médicos a prestar especial atención al hospedero, del mismo modo como se la prestaban al huésped. El hospedero había sido siempre el objeto primordial del estudio médico. No obstante, el interés se había centrado en las manifestaciones del trastorno antes que en la propia capacidad del hospedero de controlar las manifestaciones del mismo. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la uncausalidad hacia la multicausalidad. En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud OMS: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que esta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción. De acuerdo con Molina, G (citado por Bersh, D. 1987) (10), el concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad la definición del término “salud” no es estrictamente biológica, sino primariamente social. En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, se hizo hincapié en las estrategias de desarrollo económico, antes que, en la inversión social en esferas, tales como la salud y la educación. Sin embargo, los países, las organizaciones donantes y las universidades, emprendieron actividades relacionadas con la salud y la educación, especialmente en América Latina.

A pesar de los esfuerzos realizados, los análisis periódicos de las condiciones mundiales, efectuados por gobiernos nacionales, organismos internacionales y otros observadores, revelaron que existen aún grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales,

tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo; aunque las condiciones son especialmente desoladoras en estos últimos. En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa. Este enfoque, conocido más tarde como concepto de campo de salud, e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana. Blum, (citado por Bersh (1987), muestra cómo los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Por su parte, Lalonde y Dever (sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos factores estén en equilibrio).

El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud. Al respecto se necesita que el enfoque mecanicista o reduccionista sobre la salud y la enfermedad, sea complementado desde una perspectiva más amplia con un enfoque psicobiológico y social del ser humano. Es decir, que tenga en cuenta que la humanidad, con su cuota inicial de genes, atraviesa una vida de complejas transacciones internas y externas que hasta ahora sólo conocemos vagamente. Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud, tal como lo plantea Gordis, L. (1980)(12). Agrega Bersh (1987), apoyándose en las ideas de Blum (...), que el fenómeno de la salud debe entenderse como “el proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud.”

Los efectos que tales variaciones producen en el fenómeno vital, se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin: mantener la salud. El debate no culmina con los planteamientos de Blum y Bersh. Antes de este debate, había surgido un enfoque holístico con respecto a los factores determinantes de la salud, los cuales

procuran integrar las áreas de la salud con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. En 1992, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, vincula la salud y el desarrollo y las concibe desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones. En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio. (Antología).

2.7 Conceptos de Salud Pública y medicina social

Salud Pública.

Definición de Winslow: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: 1) El saneamiento del medio; 2) El control de las enfermedades transmisibles; 3) La educación de los individuos en los principios de la higiene personal; 4) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades; 5) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad. En 1974, Hanlon propone la siguiente definición: La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad. En 1991, Piédrola Gil estableció la siguiente definición que simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido. Definición de Piédrola Gil: La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. En 1992, Frenk proponiendo delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, desarrolló una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y su individual, donde se concentran la

investigación biomédica y la investigación clínica, con relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud).

La definición de Salud Pública que utilizó se basa en el nivel de análisis. Definición de Frenk: A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. En el mismo año, Milton Terris prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "Nueva Salud Pública": prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow en la década del veinte, en los siguientes términos. Definición de Terris: Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Definición de Testa: También en 1992, Testa, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de aplicación de la ciencia, reconocía a la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica.

El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Pero si las proposiciones de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza", otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica. En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone la siguiente definición en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas.

Definición de la OPS La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover,

proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Definición Actual: La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

Disciplinas que integra la salud pública:

- Ingeniería Sanitaria.
- Psicología.
- Veterinaria.
- Economía.
- Administración en Salud.
- Antropología.
- Sociología.
- Ciencias de la Salud.
- Demografía.
- Estadística.
- Ingeniería de Sistemas.
- Medicina.
- Biología.
- Ciencia Política.
- Ecología.

Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) describen las competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones. La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar

una autoevaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. Se ha definido como: Condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Definiendo a la Salud Pública como la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a y la calidad de la atención de salud. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población FESP.
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública FESP.
- Promoción de la salud FESP.
- Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos sanitaria nacional en salud FESP.
- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría FESP.
- Regulación y fiscalización en salud pública FESP.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios FESP.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública FESP.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos FESP.
- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública FESP.

Actividades de la Salud Pública:

- Protección de la Salud Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además, se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.
- Promoción de la Salud Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través

de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

- **Prevención de la Enfermedad** Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.
- **Restauración de la Salud** Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria. Las acciones de la salud pública responden a las funciones esenciales ya que con ellas se procede a cumplir con actividades organizadas por ejemplo por la comunidad responden a las FESP 3, 4, 5 y 6, entre ellas tenemos:
 - **La educación:** La enseñanza general básica debe ser gratuita a toda la población.
 - **Política económica:** Producción agrícola y ganadera, de bienes y servicios, de empleo y de salarios.
 - **Política de vivienda, urbanismo y obras públicas.**
 - **Justicia Social:** De impuestos, de Seguridad Social y de servicios de bienestar y recreativos o de ocio.

Medicina Social.

La medicina social (MS) es el estudio de los aspectos sociales del proceso salud–enfermedad de las poblaciones. Al ser un campo del conocimiento (y no una disciplina científica), la MS recurre a las ciencias sociales (sociología, antropología, ciencia política, economía, filosofía), a las ciencias de la salud (epidemiología) y a las ciencias biomédicas para comprender la complejidad que entrañan los problemas de salud enfermedad de los grupos sociales (UAM, 1975). Por tratarse de un campo multidisciplinario, la MS también

recurre a diversas metodologías e instrumentos (estadística, etnografía; entrevista) para la generación de datos.

Como toda actividad científica, la MS es desarrollada por investigadores y programas académicos de posgrado que han conformado una corriente teórica que analiza los problemas de salud–enfermedad de las poblaciones con un enfoque que la distingue de la corriente denominada salud pública. De ahí que, con frecuencia, se haga referencia a la MS como una "corriente de pensamiento"; lo cual coincide con la distinción que se hace de las "corrientes" sociológicas; respecto a éstas, la MS ha optado por el materialismo histórico como referente teórico fundamental.

La MS ha delimitado su campo al configurar sus dos objetos de estudio; el primero es la forma en que el proceso salud–enfermedad se distribuye en las poblaciones e incluye los procesos sociales que determinan dicha distribución; el segundo objeto es la forma en que las sociedades buscan resolver sus problemas colectivos de salud mediante diferentes prácticas en salud y mediante las políticas sanitarias.

La MS tiene como postulados teóricos que las condiciones de salud y enfermedad de los grupos humanos dependen de las modalidades con que cada formación social produce, distribuye y consume los satisfactores necesarios para su reproducción social. En ese sentido, las desigualdades en salud que presenta una sociedad son consecuencia del modo de producción vigente. En ese orden de ideas el proceso salud–enfermedad colectiva es histórico en sí mismo. Al mismo tiempo, tanto la práctica médica como las políticas en salud vigentes son resultado de complejos procesos de hegemonía y subordinación que también se derivan del modo de producción. Según la MS, los dos objetos de estudio mencionados tienen determinaciones económicas, políticas y culturales (Donnangelo y Pereira, 1976). La MS se ha desarrollado en programas académicos y publicaciones especializadas en el campo, aunque también ha estado vinculada a movimientos sociales cuyas demandas incluyen la salud, y recientemente ha encontrado en las políticas públicas de gobiernos de centro– izquierda un importante campo de acción. En el presente trabajo se analizan los temas que han sido abordados por uno de los programas de posgrado más importantes de este campo científico en México y América Latina: la maestría en Medicina Social (MMS) de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) que recientemente cumplió treinta años. Para tal propósito se realizó una caracterización de la producción

científica publicada en la revista Salud Problema que edita el programa académico mencionado. (Antología).

2.8 Salud Pública y su relación con los sectores educativo y laboral

La salud mundial sólo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud y atención de la salud. No obstante, esta participación dependerá de: ¿Hasta qué punto estamos realmente interesados en involucrar a los individuos, a sus familias y comunidades? ¿Estamos preparados mental y profesionalmente para escuchar lo que les interesa, aprender de ellos lo que consideran importante y compartir la información apropiada, animarlos y apoyarlos? ¿Estamos listos para ayudarles a escoger entre soluciones posibles, establecer sus propios objetivos y evaluar sus esfuerzos? Hasta ahora, en muchos casos, la respuesta es no. Nosotros podemos seguir desarrollando planes, pero nada sucederá a menos que el personal de salud, todos los administradores de salud y profesionales claves de otros sectores lleguen a darse cuenta de lo que está en juego. Para obviar estos obstáculos veo tres requisitos fundamentales: Primero, el personal de salud debe comprender que el concepto de atención primaria de salud implica nuevas funciones para ellos y una nueva perspectiva. No sólo deberíamos estar interesados en el control y la prevención de enfermedades, también debemos estar interesados en el fomento y atención de la salud. Por último, no menos importante, en el desarrollo en general; y en el desarrollo de los individuos. Nuestra tecnología de salud debe estar basada en lo que ellos mismos quieren y necesitan. En otras palabras, el personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como «mediador» de las actividades de los individuos, familias y comunidades. Debemos dejar de tratar de adaptar las comunidades a sistemas y programas que proyectamos sin un sentido real y profundo de los aspectos sociales, problemas de salud o dificultades económicas; sin mencionar el hecho de la existencia de una disonancia cultural que es a menudo causa de una reacción contraria a tales programas. Segundo, el personal de salud debe aceptar sus nuevas funciones; aún más: deben estar motivados para ensayarlas, adaptarlas, ampliar sus alcances e innovar, la perspectiva de trabajo en grupo. Su principal preocupación debe ser el encontrar las maneras de ayudar a los individuos y comunidades a llegar a ser autores responsables. Hay que dejar bien claro que abogar por la autorresponsabilidad en asuntos de salud no significa de ninguna manera abdicar de nuestras responsabilidades y pasárselas a otros. Tanto profesionales como no

profesionales son imprescindibles. No pueden excluirse mutuamente, sino que deben trabajar juntos. Esto me lleva a la tercera consideración: el personal de salud debe tener la capacidad necesaria para poner en práctica sus nuevas funciones de una manera efectiva y hacer uso eficiente de los conocimientos ya existentes. Esto exige un personal docente que esté al tanto de la experiencia acumulada y deseoso de proporcionar la clase y calidad de preparación profesional que se requiere. También exige un respaldo total de parte de los gestores de salud para tal tipo de capacitación.

Educación en Salud.

La educación y la salud han sido a lo largo de la historia nacional dos aspectos esenciales del desarrollo del país. Ambos han sido preocupaciones constantes del Gobierno de la República. En ambos se ha descargado una parte significativa de los recursos y potencialidad de la Nación en aras de la atención y solución de estas dos necesidades básicas de los mexicanos.

La política educativa y la evolución de la educación en México han ido ligadas a las grandes etapas de la historia nacional. De manera similar a la historia de la salud, se distinguen dos etapas en el devenir de la educación mexicana. La primera que va desde los años siguientes a la lucha independiente y culmina en la Revolución, y la segunda que se inicia con la Constitución Política de 1917 y prevalece hasta nuestros días. La Reforma fue determinante en el rumbo posterior de la educación nacional. La nacionalización de los bienes del clero y la separación de iglesia y Estado implicaron la recuperación de la educación como garantía social. En 1861 se expidió la primera Ley de Instrucción Pública que obligaba al Estado a ampliarla y a auspiciarla. Así el proyecto de una educación pública gratuita, dependiente del Estado, libre de la influencia eclesiástica y destinada a toda la población quedó plenamente afirmada con el triunfo de la Reforma. La segunda etapa de la vida de la educación en México se inicia al incluirse en la Constitución de 1917 el Artículo 30., que garantiza la educación de los mexicanos. Con el establecimiento de la Secretaría de Educación Pública en 1921, cristaliza la organización de un sistema educativo nacional. Cuatro grandes logros resumen el esfuerzo educativo mexicano desde la creación de la Secretaría de Educación Pública.

- La consolidación de la función educativa del Estado establecido por el Artículo 30. Constitucional.

- La institucionalización de la educación, que ha dado por resultado un sistema educativo articulado, orgánico, sujeto a normas.
- El avance persistente hacia la suficiencia educacional para hacer efectivas la igualdad de oportunidad de salud Pública y educación dos aspectos fundamentales del desarrollo nacional, unidades y la justicia social.
- La profesionalización del magisterio.

El proyecto legislativo de 1917 en el capítulo de las garantías individuales, el Artículo 30. señalaba en su redacción original que la enseñanza sería libre pero laica, la que se ofrecería en los establecimientos oficiales de educación, lo mismo que la enseñanza primaria elemental y superior que se impartiría en los establecimientos particulares.

El Artículo 30. establece que la educación debe desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y debe fomentar en el educando el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia." En la Fracción I de este Artículo constitucional se encuentran cinco criterios que deben orientar la acción educativa, a saber: laico, científico, tecnocrático, nacionalismo, con contribución a la mejor convivencia humana. En noviembre de 1973, se promulgó la Ley Federal de Educación con objeto de regular la educación que imparten el Estado-Federación, estados y municipios-sus organismos descentralizados y los particulares con reconocimiento de validez oficial de estudios y considerando a la educación como un servicio público." De acuerdo a la Ley Federal de Educación, el Sistema Educativo Nacional comprende los niveles elemental, medio y superior en sus modalidades escolar y extraescolar. Se distinguen en la Ley dos grandes ternas: la educación como proceso personal y como proceso social. Como proceso personal, la educación mexicana debe ser consecuente con los procesos de cambio del país y con el desarrollo científico y tecnológico mundial. Como proceso social, la Ley estipula que la educación debe contribuir al cambio social, en particular promoviendo una mayor igualdad de oportunidades y procurando infundir los valores que favorezcan la introducción de reformas económicas, sociales y políticas.

Salud en el Trabajo.

El trabajo, como determinante de la salud de las personas, ha jugado un pequeño papel en la definición de las políticas de salud pública, los trabajadores pasan muchas horas al día,

cinco días a la semana y muchas semanas al año en el trabajo, y teniendo en cuenta que las relaciones entre el trabajo y la salud han sido profusamente estudiadas desde un punto de vista político, económico, sociológico, psicológico y médico. Aunque desconocemos con exactitud la magnitud real de los problemas de salud de los trabajadores derivados de sus condiciones de trabajo, las estadísticas oficiales muestran un número suficientemente importante de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales como para concluir que el desarrollo de políticas sanitarias de salud laboral es imprescindible. Como ya sabemos, son varias las leyes en las que se recuerda la responsabilidad y competencia de las administraciones sanitarias en la tutela de la salud de los trabajadores, desde la Ley General de Sanidad en 1986, hasta la más reciente de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, que incorpora como prestación de la Salud Pública, la «promoción y protección de la salud laboral». La Ley de Prevención de Riesgos Laborales también incorpora las actuaciones que deben desarrollar las administraciones sanitarias en esta materia. Y, finalmente, las autoridades reconocen que han de reforzarse, por medio de una estrecha cooperación, los vínculos entre la nueva estrategia de la unión de salud y seguridad y la estrategia europea en materia de salud pública. La experiencia adquirida en el ámbito de la prevención de problemas importantes de salud pública debería inspirar las medidas preventivas en el lugar de trabajo. Al mismo tiempo, debería reconocerse que la salud en el trabajo constituye un determinante importante del estado general de salud de la población. La promoción de la salud en el trabajo y la protección de la salud de las trabajadoras y trabajadores forman parte de la Salud Pública y deben ser un objetivo fundamental de las administraciones sanitarias al planificar sus actividades. Los contenidos buscan hacer llegar ese mensaje, en primer lugar, a las propias administraciones de salud pública, en segundo lugar, a los profesionales, especialmente a los de medicina y enfermería del trabajo, cuya cooperación es imprescindible para ayudar a hacer visibles las enfermedades derivadas del trabajo y, en tercer lugar, a los agentes sociales y económicos, cuyos objetivos son claves en la defensa de la salud de los trabajadores.

Comentamos en la necesidad de trabajar desde el compromiso y el liderazgo empresarial en la gestión de la prevención y de la promoción de la salud en las empresas, pero también hay que destacar la importancia de la participación de los trabajadores para tener trabajadores sanos en empresas saludables.

Las características de una buena gestión de la salud en el trabajo son las siguientes:

- Un diseño sistemático de programas que mejoren la salud del trabajador y de la organización.
- La creación de una cultura de la salud que satisfaga las necesidades tanto de la empresa como del trabajador.
- Una gestión de la salud que se integre en el plan estratégico de la empresa porque es bueno para la salud del trabajador y para la productividad, eficiencia y competitividad de la empresa.
- Una metodología que ayude a las personas a conseguir una salud óptima (emocional, física, social, espiritual e intelectual).
- Una metodología que utilice diversas estrategias para mejorar el conocimiento que sobre la salud tienen los trabajadores y demás actores relevantes y para poner a su disposición un entorno de trabajo que proteja la salud de las personas y que apoye y refuerce las elecciones saludables.

Los principales elementos para promover la salud sobre los que podemos actuar en las empresas son:

- Unas condiciones de trabajo mejoradas, en busca de la calidad y la sostenibilidad del trabajo, donde la salud y la seguridad de los trabajadores está asegurada y en las que se cumplen y sobrepasan los requerimientos legales de la normativa vigente.
 - Unos hábitos de vida saludables, considerando en las intervenciones de que manera puede el entorno de trabajo facilitar y apoyar hábitos, comportamientos y habilidades para lidiar con la vida de forma saludable.
 - Un entorno facilitador en el que la cultura de la organización refuerza y defiende unos valores éticos, que aseguran un trato respetuoso y justo de los trabajadores
- Ámbitos de actuación en Promoción de la Salud en el trabajo.

Existen tres líneas de acción clave para conseguir entornos seguros y saludables y apoyar a los trabajadores en el cuidado de su salud. Estas tres líneas son:

- La prevención de riesgos laborales, de obligado cumplimiento por parte de los empresarios y que consiste en proteger a los trabajadores de los daños derivados de las condiciones de trabajo.

- La cultura de la organización, que consiste en la existencia de unos valores comunes y unos estándares que guían la forma en que interaccionan las personas entre sí tanto en la organización como fuera de ella.
- Unas acciones voluntarias, que puede llevar a cabo la empresa para crear no tan sólo entornos seguros y exentos de riesgos de origen laboral sino entornos que permitan y apoyen elecciones saludables. (Antología).

UNIDAD III

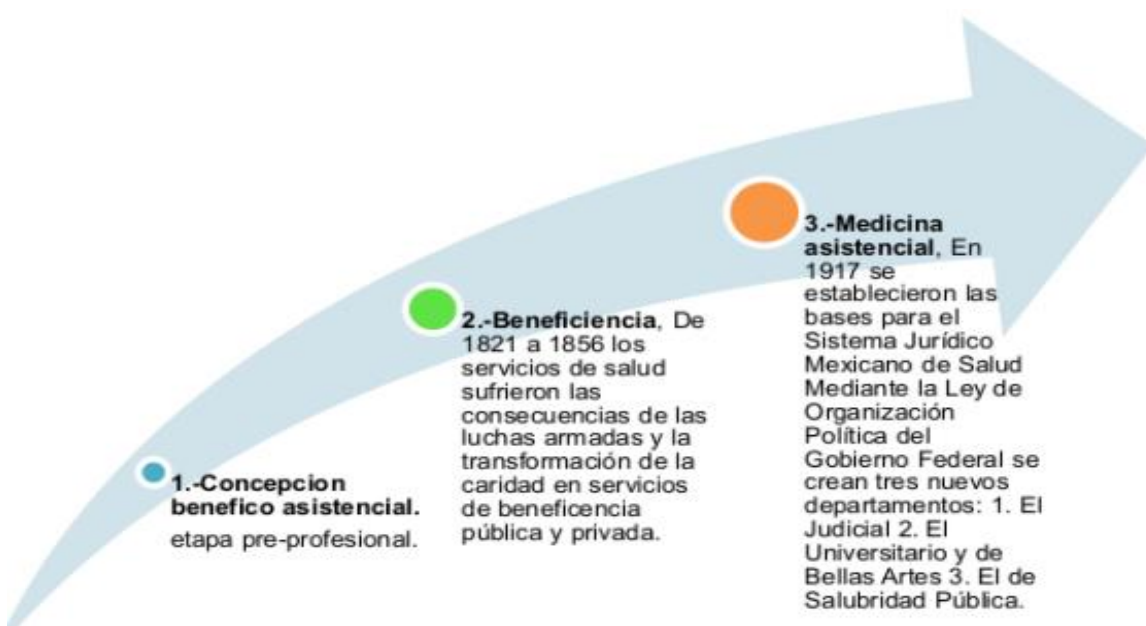
MARCO LEGAL DE LA SALUD EN MÉXICO

3.1 Retrospectiva y prospectiva del trabajador social en el sistema de salud

El trabajador social sanitario en México tiene sus inicios en los años 1900 en una práctica enmarcada por la asistencia social, la caridad, filantropía y la visión auxiliar de otras profesiones, algunos de los hallazgos más importantes de esta época es el de:

- “1929, la Escuela de Salubridad imparte un curso de puericultura e higiene infantil para enfermeras y parteras empíricas, y una clase de economía doméstica para que las enfermeras visitadoras adquiriesen conocimientos a fin de facilitar una vida barata e higiénica entre las familias” (Valero, 2012).

Su marco histórico deviene de la primera etapa benéfico asistencial como se muestra en el siguiente esquema.



En el esquema anterior se muestra cómo se inicia la concepción benéfico asistencial de la que emerge el área tradicional de intervención del trabajador social, la cual contaba con los campos de acción de asistencia social, salud y educación. Es en estas instituciones en las que empieza a emerger la figura del trabajador social. En un segundo momento, la etapa de la beneficencia se empieza a vislumbrar y fortalece la etapa de beneficencia, que sería la antesala de la asistencia social en México.

Siguiendo con el análisis de los sucesos históricos preponderantes tenemos el de:

- “1933 se crea la Escuela de Enseñanza Doméstica y de Trabajo Social por parte de la Secretaría de Educación Pública, gracias al esfuerzo de la Profa. Julia Nava de Ruiz Sánchez. Las primeras egresadas empezarían a trabajar a partir de 1936. En esta Escuela se formaron las primeras trabajadoras sociales, que empezarían a ejercer profesionalmente en 1936, merced a un Decreto Presidencial emitido por el General Lázaro Cárdenas” (Valero, 2012).

Encontramos en 1937 que esta nueva profesión es definida como:

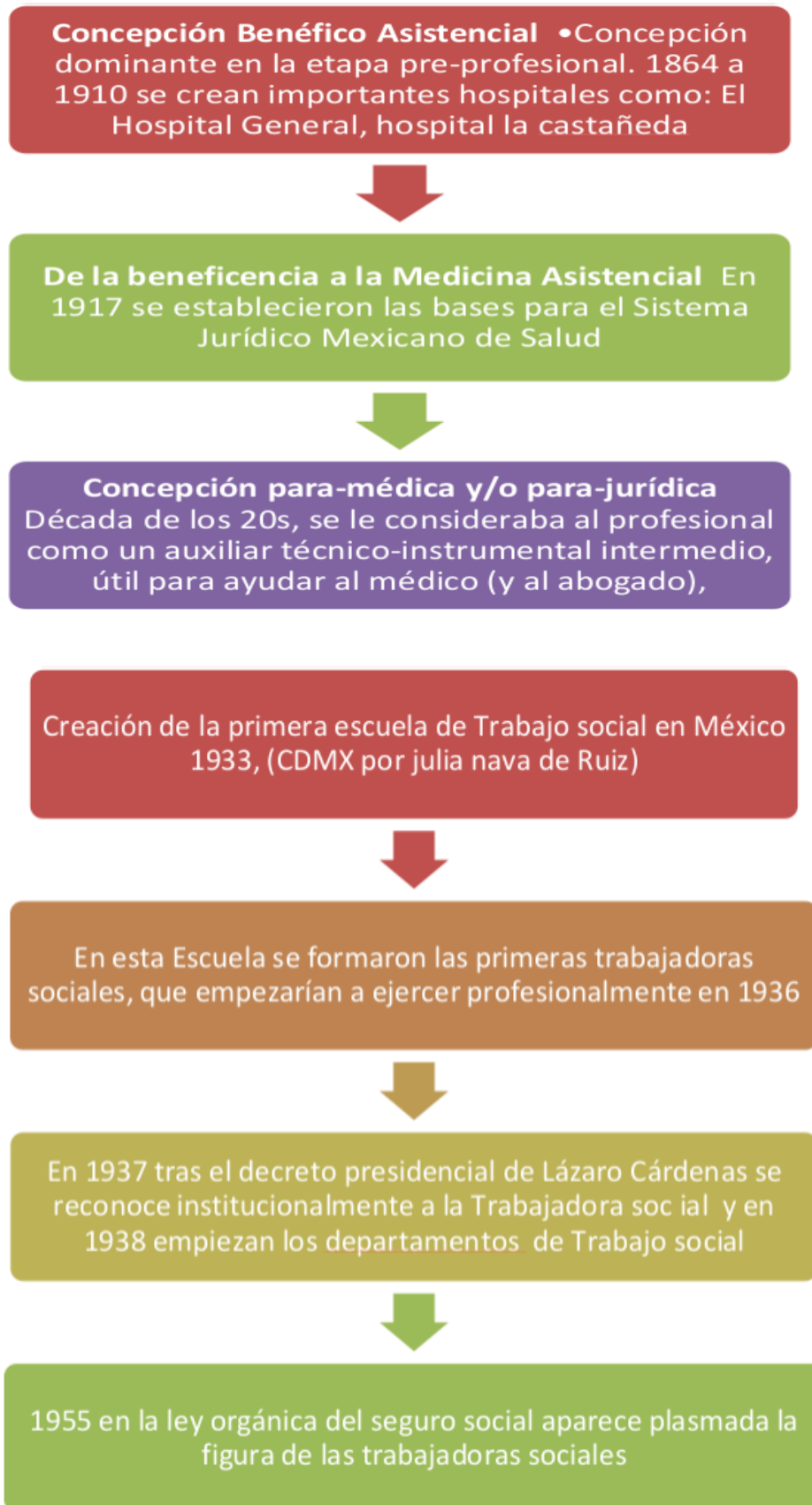
- "...lo que se hace en beneficio de los demás por atención, por amistad. Cuando este servicio se imparte por personas preparadas técnicamente para hacerlo y sacar el mayor provecho posible de su acción en favor de otros individuos, es que a estas personas se les llama trabajadores sociales" (Valero, 2012).

En la definición anterior vemos cómo se conceptualiza a las trabajadoras sociales como un ente de caridad y no de científicidad social, esto debido a su génesis pragmática y empirista de filantropía.

El 3 de enero de 1938 empezó a funcionar la Secretaría de Asistencia Pública, creada por decreto presidencial el 31 de diciembre de 1937. Los servicios que absorbió fueron:

- El de Higiene Materno Infantil del Departamento de Salubridad.
- Las dependencias, instituciones y edificios de la Beneficencia Pública y Privada del Distrito Federal.
- El Departamento Autónomo de Asistencia Infantil. (Valero, 2012).

Para concluir las hazañas importantes que marcaron el desarrollo histórico del trabajo social presentamos el siguiente esquema:



En el siguiente esquema se presenta una comparativa de las características del trabajador social hospitalario, un análisis a través de 100 años de diferencia:

Características de los trabajadores sociales en salud en los años 1900	Características de los trabajadores sociales en salud en los años 2000
<p>Las características de la profesión fueron resumidas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación y estudio individual de las 	<p>En la época actual algunas características de la profesión son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trabajador social en el ámbito
<p>causas que originan una necesidad y aplicación del remedio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas preventivas. • Concentración de actividades dispersas, para cooperar en el bienestar de la familia. • Capacitar al necesitado para bastarse a sí mismo y seguir marchando en la vida sin apoyo. • Elevación material y moral del individuo. 	<p>hospitalario es una pieza clave del equipo multidisciplinar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen especializaciones en el ámbito clínico o psiquiátrico en trabajo social • Se pueden utilizar los diversos marcos teórico, metodológicos, instrumentales y tecnológicos acorde a las necesidades institucionales • Hay puestos operativos, de coordinación y dirección en trabajo social hospitalario

(Cedillo, 2020).

3.2 Trabajo Social en salud en México

En México, las políticas y programas sociales suponen la asistencia a grupos vulnerables, marginados o excluidos a través de la práctica profesional del trabajo social. En el área de la salud, la gestión y promoción son ámbitos de intervención del trabajo social; es decir, a medida que el Estado incentiva el desarrollo humano en sus esferas de salud, educación y empleo incide en las estrategias institucionales de prevención y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, la maquinaria político-institucional del sector salud requiere de talentos comprometidos con grupos sociales de escasos recursos, ya que entre éstos se formarán las redes para el desarrollo local (Barranco, Delgado, Melin y Quintana, 2010). Por ello, resulta relevante estudiar los indicadores de compromiso laboral en profesionistas vinculados con los programas de asistencia social. Un diagnóstico de las áreas de oportunidad y las virtudes del sistema de gestión y promoción de la salud

permitirá discutir la emergencia de nuevos paradigmas de asistencia social centrados en los promotores de desarrollo humano (Melano, 2007).

No obstante que las instituciones públicas están circunscritas a un Plan de Desarrollo Nacional, el ejercicio profesional del trabajo social a menudo está condicionado por situaciones locales, institucionales, o bien por el clima laboral, el salario o el estrés que implica la atención personalizada (Ocampo, 2008). En este sentido, es menester establecer las dimensiones del compromiso organizacional de los profesionales del trabajo social, ya que un alto grado de compromiso sugiere un nivel de atención eficiente que podría traducirse en una evaluación favorable de las políticas sociales y los programas institucionales.

En el caso del sector salud, el compromiso laboral —al estar asociado con la gestión y promoción de la salud— está configurado por indicadores que se encargan de enaltecer las estructuras y políticas institucionales para predecir acciones personales (Ruiz, 2010). Así, el compromiso laboral ha sido un transmisor de las relaciones y conflictos al interior de una institución que inhibe o potencializa la satisfacción laboral. A medida que el compromiso profesional transfiere valores organizacionales de interrelación colaborativa, incide asimismo en las expectativas de los miembros de una organización (Santarsierro, 2012). Tal proceso supone la coexistencia entre indicadores del compromiso laboral que por su naturaleza son complementarios y opuestos; es decir, el compromiso organizacional contiene dos procesos de socialización: de primer orden alusivo a principios que ubican al individuo en un contexto y de segundo orden relativo a principios que lo identifican en una estructura de relaciones de poder; ambas pueden ser complementarias u opuestas.

En el ámbito del trabajo social, las instituciones fungen como estructuras de socialización de segundo orden para incidir en las percepciones, creencias, actitudes, decisiones y acciones de sus empleados. En principio, las instituciones son un escenario de racionalidad política en la que el Estado esgrime programas de asistencia social que los profesionales del trabajo social deben seguir y, en todo caso, perfeccionar dicho sistema para lograr la evaluación favorable de las políticas públicas y los programas sociales; cabe señalar que dicho proceso de racionalidad política puede ser complementario o antagónico a los principios que guían el compromiso personal, interpersonal, familiar o colaborativo en los

empleados de una institución pública (Pastor, 2012). Por ello, es preciso esclarecer las dimensiones del compromiso organizacional a partir de la complejidad que implica el ejercicio profesional del trabajo social.

En ese sentido, este trabajo busca establecer las dimensiones del compromiso laboral considerando niveles de complejidad institucional que enmarcarían el desencuentro con indicadores de un compromiso derivado de la socialización primaria. (Guillén, 2014).

3.3 Elementos sustantivos

Marco Jurídico del Sistema Nacional de Salud Conjunto de Normas de las personas, físicas o morales, que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, que surgen en el ámbito de la protección de la salud.

Ámbitos de Aplicación del Marco Jurídico Internacional. Es el conjunto de normas, que tienen por objeto regular las relaciones entre sujetos internacionales. Federal: Es el conjunto de Normas, de observancia obligatoria, en todo el territorio Nacional. Estatal: Es el conjunto de Normas, que rigen únicamente en un Estado de la Federación, y su objeto es regular aspectos y necesidades particulares de acuerdo a las condiciones sociales, ambientales, económicas, geográficas, etc.

El universo de la salud pública permite configurar diversas combinaciones de áreas de aplicación, objetos de análisis y disciplinas científicas para especificar un programa de investigación o de acción. De estas tres dimensiones, son los objetos de análisis los que requieren de mayor clarificación, pues de ellos depende la especificidad de la salud pública. En efecto, ni las disciplinas científicas ni las áreas de aplicación constituyen patrimonio exclusivo de la salud pública. Lo que marca la identidad de la salud pública es su enfoque sobre las condiciones y las respuestas desde el nivel de análisis poblacional. Cada uno de ellos comprende varios fenómenos sustantivos más específicos. Ahora pasamos a examinar con detenimiento cuáles son esos fenómenos que integran el universo de la salud pública.

Los fenómenos sustantivos de la Salud Pública.

Los fenómenos sustantivos conforman la materia de la investigación y la acción en salud pública. La especificación de estos fenómenos genera el modelo que se muestra en la figura I. Ahí se presenta la triada fundamental de los fenómenos de la salud pública:

- Las necesidades de salud.
- Los servicios que satisfacen esas necesidades.
- Los recursos que se requieren para producir dichos servicios.

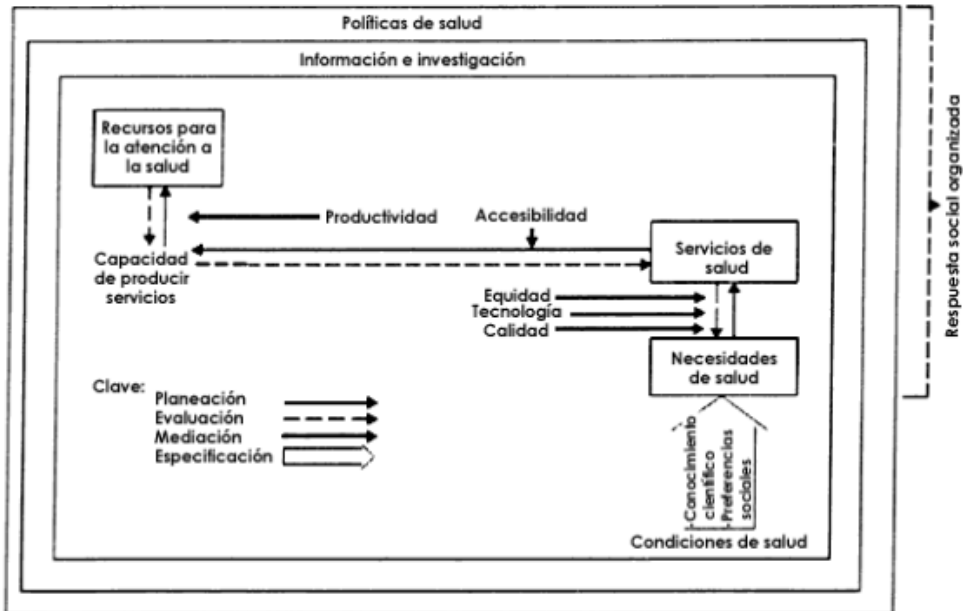


Figura 1 Áreas sustantivas de la salud pública. El Universo de la Nueva Salud Pública PDF

Las necesidades de salud.

Los tres fenómenos sustantivos representan una forma más concreta de expresar los dos objetos de análisis. Así, las necesidades permiten estudiar con mayor precisión las condiciones de salud. En efecto, siguiendo a Donabedian, las necesidades pueden definirse como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención.

- En el lenguaje común no es raro que se use el término "necesidad" para referirse a un servicio o a un recurso, como, por ejemplo, cuando se dice que una persona "necesita" una consulta o que una comunidad "necesita" un hospital. Este uso es incorrecto. En rigor, el concepto de necesidad debe reservarse para aludir a las condiciones de salud. Al hablar de servicios o recursos es mejor usar el término requerimientos.
- La distinción no es únicamente semántica. En un sentido general, una necesidad representa una situación que debe ser satisfecha, pues de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas. Ni los servicios ni los recursos cumplen con este

requisito, pues ambos son medios para satisfacer las necesidades de salud, mas no representan, en sí mismos, una necesidad. El reservar este término para las condiciones de salud subraya que su mejoramiento constituye el fin de la atención.

Como puede verse, las necesidades son un subconjunto de las condiciones: aquéllas que la sociedad ha determinado que requieren de una respuesta en forma de atención. Cualquier proceso vital el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, la reproducción, el bienestar, la disfunción, el dolor, la enfermedad, la incapacidad o la muerte puede considerarse como una condición de salud. De este universo, cada sociedad, en cada momento histórico, define un subconjunto para el cual se propone ofrecer atención. Una condición objetiva, por ejemplo, un síntoma o una conducta, puede ser interpretada como un crimen o como un castigo divino mas no como una enfermedad, por lo cual no constituye una necesidad de salud. Así mismo, la sociedad puede carecer de respuestas para esa condición, por lo que tampoco se le considera una necesidad. Sólo cuando socialmente se especifica que una condición requiere de atención, dicha condición se convierte en una necesidad de salud. En consecuencia, el concepto de necesidad se construye socialmente.

Desde luego, la sociedad puede no mostrarse homogénea a este respecto. Varios grupos pueden diferir en su definición de una misma condición como necesidad. En particular, no es raro que los prestadores de servicios y la población tengan definiciones diferentes sobre las necesidades de salud. Por ejemplo, el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa puede ser considerado por los profesionales como una necesidad que requiere de atención preventiva (por ejemplo, vacunación), mientras que la población puede no sentir tal necesidad. No revisaremos aquí el amplio debate sobre el choque potencial entre las necesidades objetivas y las necesidades sentidas.

- Basta señalar que una de las características de la modernización es que las interpretaciones científicas y profesionales de la experiencia humana adquieren preeminencia sobre las interpretaciones populares. En consecuencia, las definiciones profesionales de las necesidades de salud tienden a predominar en la sociedad. Idealmente, las sociedades deberían contar con mecanismos para armonizar las definiciones de los profesionales y de la población. Un criterio fundamental para lograrlo es la evidencia científica sobre la importancia de cada condición de salud, la eficacia de los servicios para responder y la capacidad de los

recursos para producir los servicios a un costo que la sociedad pueda sufragar. Tal evidencia puede servir para educar tanto a la población como a los profesionales.

- Sin duda, el grado de convergencia entre las definiciones de ambos grupos constituye un indicador del éxito del sistema de salud. Aun cuando esté basada en evidencia científica, la definición de las necesidades de salud tiene un carácter normativo, pues delimita cuáles condiciones deberían recibir una respuesta. Esta posición normativa es particularmente prominente en las definiciones profesionales y marca todo un enfoque para la planeación de los servicios y los recursos. Como veremos más adelante, la especificación de las necesidades permite determinar qué servicios deben prestarse para satisfacerlas y qué recursos deben estar disponibles para producir esos servicios. Como alternativa a este enfoque normativo basado en las necesidades, se ha propuesto un enfoque empírico cuya base es la demanda de servicios. En este caso, simplemente se observan los tipos de servicios que la población decide consumir y se estiman los recursos requeridos para satisfacer tal demanda. (Antología).

3.3.1 Derecho constitucional a la protección de la salud

Nuestra Constitución no es la excepción en definir la protección de la salud como un derecho, aunque se hizo de forma tardía. En la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Ésta es la lógica que anima la redacción de la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: "Del trabajo y la previsión social", así como la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943.

Fue hasta 1983 cuando al concepto de previsión social en salud del art. 123 se adicionó el concepto "Protección de la salud" en el art. 4 constitucional. Este cambio fue parte de las reformas al iniciar el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado. El párrafo adicionado al artículo 4 estipula: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud..."

A diferencia del derecho a la educación, que tiene un artículo dedicado exclusivamente al tema, el derecho a la protección de la salud se encuentra dentro del artículo 4 de la Constitución, donde también se define el derecho de los mexicanos a trabajar en la

profesión que les interese, siempre y cuando sea lícita. En el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos. Se irían agregando después el derecho a la vivienda, a un medio ambiente limpio y los derechos de la niñez.

El derecho a la protección de la salud no está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación. Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la capacidad, de quien lo puede pagar, de obtener un mejor servicio en el mercado. Es hasta las reformas de mayo de 2003 que se define mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el llamado Seguro Popular.

El objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, "dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos". La propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate. (Antología).

3.3.2 Ley General de salud, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

De acuerdo con la Ley del Seguro Social (LSS) "la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado"

- La misma Ley define al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social.
- Precisa que la organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

- El IMSS es la institución de seguridad social con el mayor número de derechohabientes en el país. En diciembre de 2013, el Instituto contaba con una población derechohabiente de 71.4 millones de personas, incluyendo a 11.9 millones que no cuentan con seguridad social y que reciben servicios médicos por parte del Instituto a través del Programa IMSS Oportunidades. Debido a que una persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas, es común que la suma de la población que recibe prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud sea mayor al total de la población mexicana.

Las prestaciones que el IMSS brinda a sus derechohabientes se encuentran bajo dos tipos de regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento, mientras que, en el Régimen Voluntario, la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva. El Régimen Obligatorio se integra por cinco tipos de seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Mientras que el Régimen Voluntario cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), el Seguro Facultativo y algunas otras modalidades de incorporación voluntaria.

Dentro del contexto de seguridad social, el IMSS no sólo brinda servicios de salud, sino también protege a los trabajadores y a sus familiares frente a eventos que ponen en riesgo sus ingresos, además de apoyar el cuidado infantil para las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. Por otra parte, el Instituto también pone a disposición de sus derechohabientes diversas actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico, así como una red de tiendas, centros vacacionales y velatorios. (Antología).

3.3.3 Ley General de salud, Instituto de Seguridad y Servicio para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), es una Entidad Paraestatal de control presupuestario directo, que tiene a su cargo la administración de los seguros, prestaciones y servicios establecidos en su propia Ley, así como las de sus seis órganos desconcentrados, de sus delegaciones, y de sus demás

unidades administrativas desconcentradas, a fin de garantizar a los trabajadores en activo, jubilados, pensionados y familiares derechohabientes sujetos a su régimen, el derecho a la seguridad social plasmada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En este sentido, el ISSSTE responde a una visión integral de seguridad social, otorgando a sus derechohabientes los siguientes seguros, prestaciones y servicios:

- Otorga los seguros de salud, de riesgos de trabajo, de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, de invalidez y vida.
- Proporciona prestaciones económicas tales como: préstamos hipotecarios y financiamiento para vivienda, personales ordinarios, especiales, para adquisición de bienes de consumo duradero y extraordinarios para damnificados.
- Además, otorga servicios sociales a través de programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar; servicios turísticos, funerarios y de atención para el bienestar y desarrollo infantil. Los servicios culturales incluyen programas de cultura, educativos, de fomento deportivo y de capacitación, así como atención a jubilados y pensionados.
- Por último, proporciona el servicio de administración de Cuentas Individuales.

Por ser una Entidad Paraestatal de control presupuestario directo, sus ingresos están comprendidos en su totalidad en la Ley de Ingresos y sus egresos forman parte del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Es de señalar que el régimen de financiamiento del Instituto. (Antología).

NOTA: Para conocer los artículos de cada dependencia gubernamental es importante considerar los links en la Linkografía.

3.3.4 Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el documento en el que el Gobierno de México, a través de consultas públicas, explica cuáles son sus objetivos y estrategias prioritarias durante el sexenio.

Ejes Generales

- Justicia y Estado de Derecho

Promueve la construcción de paz, el acercamiento del gobierno a la gente y el fortalecimiento de las instituciones del Estado Mexicano.

- Bienestar.

Asegura que toda la población tenga acceso a una vida digna, promoviendo el pleno ejercicio de los derechos sociales. Al mismo tiempo, se enfoca en garantizar protección social para personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

- Desarrollo Económico.

Garantiza el uso eficiente y responsable de recursos y la generación de los bienes, servicios y capacidades humanas para crear una economía fuerte y próspera.

Ejes Transversales

- Igualdad de género, no discriminación e inclusión.

Se refiere al reconocimiento de las desigualdades que existen por razón de sexo, origen étnico, edad, condición de discapacidad, condición social, y a las desigualdades territoriales.

- Combate a la corrupción y mejora de la gestión pública.

Busca que las políticas públicas estén encaminadas a eliminar la corrupción y garantizar la eficiencia de la administración pública.

- Territorio y desarrollo sostenible.

Reconoce que toda acción que se toma en el presente incide en las capacidades de las generaciones futuras y de que toda política pública actúa en un espacio con características particulares.

A fin de atender esta nueva responsabilidad, la Cámara de Diputados deberá verificar que dicho instrumento incluya los fines del proyecto nacional contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Conforme a dicha Ley, el PND deberá precisar los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país, contendrá previsiones sobre los recursos que se asignarán a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; sus

previsiones se referirán al conjunto de la actividad económica, social, ambiental y cultural, y regirá el contenido de los programas que se generen en el sistema nacional de planeación democrática.

El PND rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal. Bajo sus lineamientos, se definen las acciones de gobierno que deberán incluir los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales. La Ley de Planeación requiere que la iniciativa de Ley de Ingresos de la Federación y el Proyecto de Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación compaginen con los programas anuales de ejecución que emanan del PND. En ese sentido, el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas se ha dado a la tarea de recopilar los aspectos relevantes contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) como una herramienta de guía para el seguimiento de programas y del propio presupuesto; así como de los lineamientos de la política económica y fiscal. Es así que se presenta este documento para consulta de diputados, comisiones y grupos parlamentarios, con el fin de facilitar su trabajo legislativo. El presente trabajo aborda el documento que describe los objetivos generales, metas y estrategias mostrando, en doce cuartillas, un abstracto de los aspectos más relevantes, siguiendo la misma estructura del PND. Además, se presenta en los anexos, de manera esquemática, los objetivos de cada eje, sus indicadores de medición del desempeño, metas y sus principales estrategias.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) expone, en un inicio, la problemática nacional que refleja los contrastes del país: por un lado, un México próspero, moderno, conectado con el avance económico y tecnológico mundial concentrado en pocas empresas y algunas regiones del país y, por otro, un México con una población en condiciones de pobreza y marginación, con incumplimiento de sus derechos y falta de oportunidades. Por otra parte, destaca que la estabilidad macroeconómica que ha mantenido el país por años anteriores no ha sido una condición suficiente para lograr un mayor crecimiento económico.

Asimismo, enmarca algunos problemas estructurales (infraestructura deficiente, bajos niveles de inversión, una agricultura de subsistencia, un sector informal muy grande, etc.) han impedido aprovechar las ventajas que posee el país. Para resolver lo anterior, plantea transitar hacia una visión en la que los individuos, como sujetos de derecho, sean el

centro de la política, y en la que se respete y promueva el arraigo a su territorio, a partir de un modelo de desarrollo económico y social equitativo, sostenido y balanceado. Así, de manera introductoria, exhibe, en tres apartados, la problemática en el contexto internacional, la propuesta de reconstrucción y la perspectiva del país en el largo plazo. (Antología).

3.3.5 Programa Nacional de Salud: programas prioritarios

Un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada.

Un programa de salud es un instrumento generalmente desarrollado por entidades públicas, pero que igualmente puede surgir en el seno de empresas privadas u organizaciones no gubernamentales.

¿Qué objetivos persiguen los programas de salud?

Entre los objetivos fundamentales de los programas de salud están:

- Promocionar hábitos y estilos de vida saludables.
- Prevenir enfermedades, por ejemplo, la diabetes.
- Tratar las enfermedades una vez ya están instauradas.
- Recuperar las habilidades y las capacidades que han sido dañadas por una condición patológica.

Fases de los programas de salud

Existen cuatro fases en el diseño de los programas de salud:

- **Fase de diagnóstico:** se analizan las necesidades de la población diana, determinándose qué puede ser cambiado con los recursos de los que se dispone. Se responde a la pregunta ¿A dónde queremos llegar?
- **Planificación:** es el proyecto que va a incluir los programas, con la asignación de recursos, determinación de las actividades, frecuencia y la metodología a implementar para llegar a los objetivos planteados.
- **Ejecución:** implementación práctica de las acciones anteriormente planificadas.

- **Evaluación:** ¿Se han alcanzado los objetivos? ¿A dónde se ha llegado? ¿Se han detectado nuevas necesidades? La evaluación se hace durante todo el proceso, no solo al final.

Entonces se dice que un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Entre los objetivos fundamentales del lanzamiento de un programa de salud se encuentran la prevención de todo tipo de enfermedades y el eficaz desempeño de los profesionales en las respectivas áreas de salud.

Existen distintos tipos de programas de salud. Por ejemplo, según el área geográfica de aplicación, un programa de salud puede ser nacional, provincial o municipal.

Los programas también pueden estar destinados a satisfacer las necesidades de un campo específico de la salud. Por ejemplo:

- **Programas de salud reproductiva:** pretenden realizar acciones de consejo y orientación general en todo lo concerniente a relaciones sexuales y reproducción (charlas orientativas, prescripción, entrega de anticonceptivos, etc.).
- **Programas de control de tabaco:** difunden información sobre los peligros del consumo y sus consecuencias para la salud.

La mayoría de los programas suelen apoyarse en la educación y en poner al alcance de los ciudadanos ciertos conocimientos de envergadura científica que les puedan facilitar su propia seguridad. Si estas medidas son recibidas favorablemente por la sociedad, es posible que puedan prevenirse catástrofes de cualquier nivel. Estas medidas preventivas se llevan a cabo en los diversos ámbitos en los que se desarrolla la vida de los ciudadanos. (Antología).

3.4 Reforma del Sector Salud

Desde su creación en 1943, el sistema mexicano de salud ha estado escindido entre los trabajadores del sector formal y sus familias, quienes tienen acceso a la seguridad social, y el resto de la población, que carece de algún esquema de aseguramiento público. A pesar de los importantes avances en la salud de la población mexicana a lo largo de seis décadas y tres generaciones de reformas al sistema de salud, hasta ahora no se habían resuelto los desequilibrios financieros ni la segmentación del acceso a atención a la salud. En fechas recientes se diseñó y puso en marcha una reforma estructural del sistema de salud que responde al reto de garantizar un financiamiento justo. El trabajo analítico que generó las evidencias que sustentan la reforma dio inicio en 1999, la reforma se aprobó en abril de 2003 y el 1° de enero de 2004 entró en vigor un esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud.

Este sistema busca ofrecer, por primera vez en la historia del sistema moderno de salud, igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud. La reforma fue diseñada para democratizar el sistema de salud con base en el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral. La reforma por lo tanto responde a los retos de disminuir la proporción de gastos de bolsillo de los hogares mexicanos, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud. La reforma se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. Sobre la base de estos valores, esta reforma busca transformar al sistema de salud, segmentado por grupos.

Financiamiento justo y protección social universal poblacionales, en un sistema integrado de manera horizontal, de tal forma que cada institución desempeñe una de las tres funciones básicas de todo sistema de salud -rectoría, financiamiento y prestación-, sirviendo así a todos los grupos sociales que conforman a la población mexicana. La reforma también busca corregir los cinco grandes desequilibrios financieros que caracterizan al actual sistema de salud.

- El bajo nivel de gasto general.
- La dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento.

- La distribución inequitativa de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados.
- El desigual esfuerzo financiero que realizan las diferentes entidades.
- La proporción decreciente del gasto dedicado a la inversión. El nivel de gasto se incrementará para satisfacer las necesidades de salud de una población que atraviesa por un complejo proceso de transición epidemiológica y de envejecimiento. Las fuentes de financiamiento de la salud se modificarán para pasar del predominio del pago de bolsillo en el momento de recibir los servicios a un sistema de prepago a través de impuestos federales y contribuciones familiares subsidiadas de acuerdo con el nivel de ingreso.

Además, el financiamiento de la atención a la salud se equilibrará entre asegurados y no asegurados, y se sustentará en las necesidades de salud y no en la capacidad de pago. La distribución de recursos entre estados, por su parte, dejará de estar sujeta a inercias presupuestales para basarse ahora en el número de familias afiliadas y en una fórmula transparente que corrija gradualmente las desigualdades. La contribución de los estados ya no será tan desigual y dejará de ser discrecional para basarse también en el número de familias afiliadas. Finalmente, los gastos corrientes y de inversión responderán a un Plan Maestro de Infraestructura.

El diseño de la reforma cuenta, para alcanzar sus objetivos, con doce innovaciones:

- La protección del financiamiento de las actividades de salud pública.
- La cobertura de un conjunto integral de servicios incluyendo aquéllos que provocan gastos catastróficos.
- Un proceso de asignación de recursos que hace uso de una fórmula que reduce las inequidades entre estados.
- Una presupuestación democrática basada en la afiliación de familias.
- Un enfoque en los beneficios micro y macroeconómicos de un sistema de salud funcional.
- Diversos estímulos a una inversión suficiente y eficiente en infraestructura.
- Un padrón de familias afiliadas.
- El uso de las evidencias y la información como base para el diseño y la implantación de la reforma.

- Un monitoreo y evaluación rigurosos.
- La promoción de la participación efectiva de los sectores no lucrativos y privado; xi) el uso de incentivos para promover el buen desempeño de los prestadores.
- Un énfasis en los consensos entre los actores políticos, los proveedores y los usuarios de los servicios de salud. Por el lado del financiamiento, la reforma introduce importantes innovaciones, incluyendo la separación del financiamiento de los servicios personales y colectivos.

Estos últimos serán financiados por un fondo especial denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios a la Comunidad. Los servicios personales de salud de tercer nivel incluidos en el paquete de beneficios del Seguro Popular de Salud serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones contra Gastos Catastróficos, diseñado para agregar los riesgos a nivel nacional. El paquete de beneficios se ampliará gradualmente de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con base en criterios explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social.

El Seguro Popular de Salud constituye el brazo operativo del sistema y ofrece a todos los mexicanos no asegurados acceso a un seguro público de salud que cubre los servicios personales de salud. Después de un periodo de transición de siete años, el Seguro Popular de Salud deberá cubrir a toda la población que hoy no está afiliada a alguno de los institutos de seguridad social. Esto significa que en el 2010 el sistema mexicano de salud habrá alcanzado la protección financiera universal. El financiamiento del Seguro Popular de Salud es tripartito ya que cuenta con recursos provenientes del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias. Este diseño homogeneizará las fuentes de financiamiento entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular. El financiamiento general pasa así de una lógica inercial y burocrática a una lógica de democratización, y de una orientación hacia la oferta a un subsidio de la demanda, mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el número de familias afiliadas. La asignación de la contribución solidaria federal se realiza aplicando una fórmula destinada a reducir las desigualdades entre estados y grupos de población que utiliza como variables centrales las necesidades de salud, el nivel de rezago en salud y el desempeño. El carácter voluntario del proceso de afiliación ayuda a alinear la demanda y la oferta del sistema de salud al crear incentivos para el financiamiento justo y protección social universal buen desempeño de los prestadores, sobre todo en el nivel estatal, ya que la asignación

depende de la afiliación. La reforma también incluye una serie de innovaciones que buscan promover la portabilidad y la autonomía personal para los cuales la información y las evidencias constituyen ingredientes fundamentales. Dentro de los mecanismos de generación de evidencias destaca, por ejemplo, la etapa piloto del Seguro Popular de Salud, que se implantó en 2001. A finales de 2003 este seguro contaba con 625,000 familias afiliadas en 24 de los 32 estados de la federación.

La duración y magnitud de la fase piloto permitió desarrollar, con la participación de los usuarios y proveedores, muchas de las innovaciones que se diseñaron para la reforma. Como la reforma ubica al ciudadano en el centro del proceso de democratización, el apoyo de las familias afiliadas resulta central para su éxito y sustentabilidad. Por esta razón la Secretaría de Salud operará un sistema de información sobre la afiliación que permitirá aplicar la fórmula de presupuestación, identificando el nivel de contribución de cada familia y asegurando la transparencia en la asignación de recursos. También se hará énfasis en la información para el afiliado y en su empoderamiento.

La reforma también fortalece las actividades de monitoreo, acreditación y evaluación. Se están produciendo, por ejemplo, informes anuales que incluyen indicadores de desempeño a nivel estatal. Por su parte, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, una iniciativa que dio inicio en 2001 y que busca mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, incluye una carta de derechos para los usuarios de estos servicios, un sistema de quejas y sugerencias, y procesos formales de acreditación de los prestadores de servicios. La implantación de la reforma plantea una serie de retos. En primer lugar, se requiere de recursos públicos adicionales para reemplazar el gasto de bolsillo y hacer frente a las necesidades de salud insatisfechas de la población. El financiamiento de los servicios de salud pública y comunitarios también requiere de una reingeniería sustancial que garantice un equilibrio entre la inversión en prevención y la inversión en servicios personales curativos. Otro reto es la creación dentro del sistema de una cultura organizacional con mayor capacidad de respuesta y orientada al usuario. La población debe empezar a confiar en los servicios públicos para convencerse de la a reforma estructural del sistema de salud en México utilidad de contribuir por anticipado a la atención de su salud y para reafiliarse al Seguro Popular de Salud.

Otro reto más es el desarrollo de un ambiente competitivo por el lado de la oferta. Cambiar el enfoque de los incentivos hacia la demanda, al tiempo que se fortalece la oferta, es un requisito que debe alcanzarse en la fase de transición. Para lograr esto en un contexto de rápidas transformaciones organizacionales y sistémicas, es necesaria una profunda reingeniería que contemple estrategias de gerencia del cambio.

Se deben asimismo establecer mecanismos de compensación entre estados y proveedores, garantizar una mayor portabilidad geográfica e institucional de los seguros públicos, promover una mayor competencia entre proveedores e incrementar la capacidad de elección de los usuarios. También se debe promover una mayor y más racional participación de los sectores privado y no lucrativo. La reforma mexicana ofrece importantes lecciones a otros países tanto desarrollados como en vías de desarrollo debido al contexto político y económico en el que se está implantando, la transición epidemiológica por la que atraviesa y las restricciones presupuestales que enfrenta. También constituye un interesante ejemplo de cómo trabajar simultáneamente en los componentes ético, técnico y político de una reforma. Finalmente, la reforma mexicana constituye un ejemplo del círculo virtuoso que existe en la generación de información y evidencias en los niveles nacional e internacional.

Es importante mencionar que en la actualidad el seguro Popular es INSABI. (Antología).

3.5 El Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados

y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.

- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
- Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.
- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las Leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal.
- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal.
- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables

- Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las Leyes que regulen a las entidades participantes.
- Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud.
- Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
- Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud.
- Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud.
- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud.
- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.
- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.
- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud.
- Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Salud auxiliará, cuando lo soliciten los estados, en las acciones de descentralización a los municipios que aquéllos lleven a cabo.

La Secretaria de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.

Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.

La concertación de acciones entre la Secretaria de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases:

- Definición de las responsabilidades que asuman las partes.
- Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud.
- Especificación del carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud.
- Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes. (Antología).

3.6 Plan integral de atención a la salud de la población migrante

3.6.1 Atención Médica Prehospitalaria

La atención médica prehospitalaria estará a cargo del Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM), el cual será el encargado de establecer la secuencia de actividades específicas para la atención prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designada, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada a la población migrante.

Acciones	
Atención Médica Prehospitalaria	El Centro Regulador de Urgencias Médicas, es la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de la secretaria de salud estatal o los servicios estatales de salud de las diferentes entidades federativas
	La unidad médica responsable deberá notificar diariamente al CRUM la disponibilidad de recursos humanos, materiales y capacidad instalada para atender la urgencia médica.

(Varela).

3.6.2 Atención Médica

En caso de requerirse la coordinación específica del componente de la atención médica será llevada a cabo a través del COPAC. Definiendo la fuerza de tarea requerida, así como el emplazamiento de esta. De la misma forma determinará la ubicación de los puntos tanto fijos como móviles para la atención médica de primer contacto, es decir, los entornos operativos humanitarios para la prestación de los servicios de atención a la salud de la población migrante, incluidos los hospitales que forman parte del Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Las consultas otorgadas se registrarán de acuerdo con el formato correspondiente al Anexo 4. Dentro de las principales acciones de atención médica se incluyen las siguientes:

Acciones	
Atención médica	Brindar servicios del primer nivel de atención, incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, no infecciosas, crónico-degenerativas y tamizaje de patologías, incluido el tamiz metabólico neonatal.
	Atención oportuna de urgencias médicas buscando la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico cuando sea posible y maximizando el beneficio para la vida y la función, su canalización inmediata a establecimientos previamente identificados con mayor capacidad resolutive para su atención integral y oportuna. <i>Teniendo en cuenta que la violencia sexual está normada en nuestro país como una urgencia médica (NOM-046).</i>
	Atención de la mujer embarazada y de la persona recién nacida, resolviendo padecimientos relacionados con el estado de gravidez, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia. Favorecer la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años.
	Realizar capacitación al personal de las unidades de salud para mejorar la atención integral del migrante durante la consulta.
	Otorgar atención médica de primer nivel y odontológica general en las unidades de salud y refugios temporales.

(Varela).

3.6.3 Protección contra riesgos sanitarios

La vigilancia sanitaria se refiere al conjunto de acciones para llevar a cabo la constatación física o inspección de productos, procesos o servicios a lo largo de la cadena de producción y comercialización, y su comparación contra los requisitos establecidos en la normatividad correspondiente para evaluar su cumplimiento. Se lleva a cabo mediante visitas de verificación para obtener información de las condiciones sanitarias del establecimiento, identificación de anomalías y deficiencias sanitarias, tomas de muestra (si aplica), liberación o aplicación de medidas de seguridad y realización de actividades de orientación, instrucción y educación de índole sanitaria.

Las acciones de regulación, control, vigilancia y fomento en materia de saneamiento básico, incluye lo relacionado con agua de uso y consumo humano, la inocuidad de los alimentos, manejo sanitario de los residuos sólidos, disposición sanitaria de excretas, además de los riesgos derivados de factores ambientales: agua, aire y suelo. Las acciones realizadas por este componente deberán ser registradas de acuerdo a lo establecido en el formato correspondiente al anexo II.

Por lo anterior es fundamental realizar acciones de vigilancia sanitaria que conlleven a reducir la exposición a riesgos sanitarios en la ruta migrante y en lugares de estancia como casas, albergues y refugios temporales para migrantes.

Protección contra riesgos sanitarios	
Verificación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Realizar la vigilancia sanitaria de la seguridad del agua para uso y consumo humano en las localidades de la ruta migrante y refugios temporales. Realizar la vigilancia sanitaria del manejo, preparación y conservación de alimentos en las localidades de la ruta migrante y refugios temporales. Verificación de establecimientos (centros de preparación de alimentos, sistemas de abastecimiento de agua, escuelas, restaurantes, mercados públicos y vendedores ambulantes, así como de los lugares de estancia como casas, albergues y refugios temporales para migrantes)
Saneamiento básico	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano. Desinfección de agua de uso y consumo humano (hervir,

	<p>clorar o agregar plata coloidal).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar y desinfectar los depósitos para almacenar agua (tinacos, piletas, tambos) y mantenerlos bien tapados. • Disposición sanitaria de excretas (letrinas o baños). • Mantener limpio y desinfectado el lugar destinado a los residuos sólidos y orgánicos, evitando la proliferación de moscas o fauna nociva. • Control de focos infecciosos • Manejo sanitario de los residuos sólidos. • Tener botes de basura en el interior y exterior de las instalaciones. • Control de la fauna nociva (ratas, cucarachas, pulgas, etc.). • Verificar posible ingreso de fauna nociva. • Mejoramiento de las condiciones sanitarias y limpieza de la vivienda • Vigilancia de las condiciones sanitarias de los refugios temporales y áreas circunvecinas..
<p>Fomento sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar, manejar y almacenar los alimentos adecuadamente. • Desechar los sobrantes o los alimentos que permanecieron mucho tiempo sin refrigeración. • Consumir pescados y mariscos sometidos a un proceso de cocción. • Desinfectar frutas y verduras (ya sea con plata coloidal o con cloro). • Consumir los alimentos inmediatamente después de prepararlos, para evitar su descomposición. • Lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar alimentos, comer o ir al baño y después de ir al baño y realizar actividades de limpieza.

(Varela).

3.6.4 Fortalecimiento de alianzas, redes y cooperación con los países fronterizos

- Mejorar los diálogos y la cooperación multipaís, con el fin de que no solo identifiquen intereses en común, sino que también se creen protocolos en común

y sistemas de tratamiento, evitar la duplicación de esfuerzos, y garantizar un uso más efectivo de los recursos.

- Establecer o reactivar sociedades y alianzas interpaís para fortalecer los esfuerzos en curso para abordar asuntos transfronterizos de salud relacionados a la migración.
- Identificar soluciones y mecanismos de financiamiento para la movilización de recursos para la salud, con el objetivo de apoyar las crecientes demandas de atención médica. (Varela).

UNIDAD IV

ÁREA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

4.1 Trabajo Social en el área de la salud

La OMS describe varios elementos constitutivos fundamentales de los sistemas de salud: la prestación de servicios, el personal sanitario, la financiación, la información, el liderazgo, la gobernanza, las tecnologías y los productos médicos (OMS, 2006).

El profesional de Trabajo Social en el área de salud, responde a una serie de procesos que involucran identificar factores de riesgo social asociados al estado de salud, por cuánto sus funciones siguen procedimientos que las instituciones de salud avalan con el fin de complementar e identificar la situación problema del usuario. En este sentido, Álava et al., (2019) señalan entre las principales funciones:

En la Investigación; el profesional participa con el equipo interdisciplinario en proyectos sobre la salud integral de la población y así que aporta en la solución de problemas de salud de la comunidad, mientras que en promoción; Brinda información sobre la enfermedad y pautas a seguir para hacer frente al manejo externo de la problemática, en prevención; orienta y capacita a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida. en la función de recuperación, compañía y orienta a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud. No obstante, en rehabilitación; estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades y finalmente en gestión administrativa de los servicios; realiza la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud.

Trabajo social y seguridad social.

Para el trabajo social, encontrar el equilibrio entre el bienestar y la equidad social, involucran aspectos importantes que contribuyen a una sociedad revestida en derechos, igualdad de condiciones, con énfasis en principios que protejan a la población vulnerable frente a estos escenarios que representan un margen de acción entre los diversos problemas que se presentan. Así lo menciona Tobías, (2018) “El Trabajo Social, precisamente, nace como consecuencia de la búsqueda de respuestas a las necesidades y problemas sociales, diferentes en cada momento histórico, y que han ido delimitando los espacios de la profesión” (p. 145). No obstante, en la búsqueda de estas condiciones, la seguridad en los individuos incide en gran medida para considerar su vulnerabilidad frente a quienes están cubiertos por esta. Para la Organización Internacional del Trabajo, (2001):

La seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.

Es importante destacar que la seguridad social proporciona en los individuos un nivel adecuado de bienestar, al protegerlos de eventuales sucesos que causan alguna inestabilidad emocional por la consecuencia de no disponer de esta, sin embargo, existe población que no dispone de esta condición, por cuanto su vulnerabilidad se marca bajo los índices de bajo ingresos económicos, dificultad para obtener un empleo adecuado entre otros, así lo afirman González et al., (2015).

La desigualdad social, la existencia de riesgos sociales vinculados a la convivencia y al desarrollo de la sociedad, la incapacidad o extrema dificultad de hacerles frente de forma individual, las consecuencias de pobreza y de exclusión social que se derivan de su materialización; o los riesgos de inestabilidad social que pueden generar, son rasgos que hoy siguen encontrándose en todas las sociedades y sobre los que se asientan todos los sistemas de Seguridad Social.

Es importante destacar que, en una sociedad desigual, los problemas sociales son inevitables, por cuanto atender los asuntos de pobreza, educación y lo relacionado a salud, deben ser temas prioritarios por parte del estado, además con ello se minimizan situaciones complejas a futuro, fortaleciendo los sistemas disponibles, entre ellos lo

relacionado a la seguridad social, lo que contribuye a tener una sociedad con equidad. (Mendoza, 2021).

4.2 Objetivo general de la intervención de Trabajo Social en salud

Identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de las personas, sus familias y la comunidad, por medio de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, basadas en sus necesidades. (LUCÍA, 2012).

4.3 Competencia específicas del Trabajo Social en el área de salud

Cuadro 6. Competencias específicas de los(as) trabajadores(as) sociales en los diferentes métodos de intervención en el área de salud

Procesos o dominios	Intervención individual y familiar	Intervención grupal	Intervención comunitaria
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> Identificar factores de riesgo social que afecten la salud de la persona y su contexto familiar. <p>Mediante el enfoque Sistémico se identifican estados o condiciones sociales que contribuyen a la aparición y/o mantenimiento de alteraciones, crisis o desadaptaciones en la salud integral personal o familiar y aporta estos elementos al equipo interdisciplinario para el análisis y definición de intervenciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la condición de vulnerabilidad de grupos o comunidades que afecten su salud integral <p>Identifica mediante diversos enfoques, metodologías y técnicas, la condición social de vulnerabilidad de grupos y/o comunidades y su efecto y consecuencias en la salud integral y aporta estos elementos al equipo interdisciplinario para el análisis y definición de intervenciones.</p>	

Promoción y prevención	<p>PROMOCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover en las personas y sus familias estilos de vida saludables. Orientar a las personas y sus familias sobre las rutas de atención del sistema de salud. brindar información sobre la enfermedad, y pautas a seguir para hacer frente al manejo externo de la problemática, así como prevención de factores de riesgo en familiares de usuarios con problemática de salud mental específicamente. <p>PREVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar factores de riesgo sociales y familiares en el proceso de desarrollo de la enfermedad del individuo. Promover en los pacientes adecuada adherencia al tratamiento con el fin de disminuir las recaídas y secuelas de la enfermedad. 	<p>PROMOCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar a grupos sociales y comunidades hacia acciones de participación <p>Impulsa y orienta acciones de participación social y comunitaria para el fomento de la salud, coordinando y concertando acciones intersectoriales e interinstitucionales e identificando factores sociales de riesgo, en los diferentes grupos.</p> <p>Desarrolla procesos socio – preventivos de acuerdo con las diferentes etapas del ciclo vital en el medio familiar, ocupacional y comunitario. Ej: promoción de grupos familiares sanos.</p> <p>PREVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar factores de riesgo sociales presentes en las interacciones de individuos, grupos y comunidades, en su entorno familiar, laboral y social para disminuir o evitar la enfermedad y/o minusvalía.
-------------------------------	---	--

Procesos o dominios	Intervención individual y familiar	Intervención grupal	Intervención comunitaria
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Movilizar recursos internos y externos del paciente (familia, ámbito laboral, institución psiquiátrica, comunidad de residencia, redes institucionales) que aporten en el mejoramiento de la condición de enfermedad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar intervención a través de grupos de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar intervenciones comunitarias educativas, enfatizando en la modificación de estructuras de comportamiento incompatibles con una visión integral de salud y de bienestar, mediante la coordinación intra y extra-institucional e intersectorial.
Seguimiento y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas en intervenciones individuales y colectivas, revisar objetivos formulados a corto y mediano plazo y valorar el cumplimiento de objetivos generales. • Reorientar intervenciones cuando se identifican condiciones adversas y redirecciona objetivos. • Involucrar a individuos y colectivos en seguimientos y evaluaciones y en el análisis de aciertos, dificultades y redireccionamiento de intervenciones. 		
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con entidades contratantes que propendan al acceso a la información a la red de servicios de las instituciones favoreciendo la calidad en la prestación de los servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en procesos de educación familiar y comunitaria para validar la diferencia como atributo reconocible, más no como hecho o situación que genere desigualdad o discriminación. 	
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Plantear temas de sondeo, exploración e investigación referentes a aspectos sociales, económicos y culturales asociados a condiciones específicas de salud. • Participar en el levantamiento y sistematización de la información. • Aportar y socializar hallazgos al equipo interdisciplinario, con quienes define intervenciones integrales. • Realizar aplicativos a corto y mediano plazo a fin de identificar cambios a partir de las intervenciones establecidas. 		
Docencia	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilizar procesos docente-asistenciales tendientes a lograr el acercamiento de estudiantes en práctica, identifiquen procesos de intervención de los trabajadores sociales vinculados a salud. • Realizar acompañamiento a estudiantes en práctica. • Proponer a las facultades, departamentos o carreras de Trabajo Social, el desarrollo de énfasis en diversos aspectos de acuerdo a la dinámica del quehacer profesional en el sector salud. 		
Gestión y administración	<ul style="list-style-type: none"> • Planear, programar, ejecutar y evaluar procesos e intervenciones sociales y organizar su quehacer profesional en tiempos y movimientos planificados. • Gestionar y coordinar intra y extra institucionalmente recursos de diverso orden a fin de responder a los objetivos de trabajo. 		

4.4 Proyección de la profesión de Trabajo Social de cara al futuro

Hablar de las proyecciones del Trabajo Social en el ámbito latinoamericano, implica reconocer la historia de la profesión, sus raíces filantrópicas y los importantes cambios que introdujo el movimiento de la reconceptualización, pues se pasó de una intervención centrada en el empirismo e influenciada fuertemente por la corriente religiosa, a una intervención con sentido crítico y con mayor peso ideológico, impregnado principalmente por elementos marxistas.

A partir de este reconocimiento, el autor Jesús Mejía (1998) planteó algunos retos que debe enfrentar el profesional en Trabajo Social, los cuales en la actualidad continúan vigentes:

El trabajo social tiene como un primer reto asumir su intervención desde una visión holística e integral. Un segundo reto, superar el enfoque carencial del problema o necesidad, para abordar la construcción del SER y su entorno a partir de las potencialidades del sujeto, por los gérmenes del desarrollo que hay en el Ser y en el contexto. Como tercer reto señaló un salto cualitativo en la profesión-disciplina respecto a los planos de lo teórico-metodológico y de la acción profesional, que implica trascender la sola reflexión, redimensionar el peso que la ideología y el sentido común han tenido en la profesión. El cuarto reto, pasar del plano contestatario al propositivo, estimular la creatividad, el liderazgo e introducirse en los nuevos escenarios. Como quinto reto está el lograr una profesión más abierta al cambio para poder asumir el diálogo de saberes, la interlocución con la comunidad científica y una mayor relación con el trabajo social de otras latitudes. El sexto reto se refiere a desarrollar la especificidad (superando la generalidad) a partir de la intervención mediada de un saber aplicado a procesos sociales de diversa índole, estructuración y nivel. (LUCÍA, 2012).

4.5 Trabajo Social, interdisciplinaridad y salud

De acuerdo con los párrafos anteriores, al Trabajo Social le corresponde comprender e interpretar la realidad de manera integral, a la luz de la complejidad de los cambios y las dinámicas sociales. Específicamente en el campo de la salud, el(la) trabajador(a) social del futuro puede verse posicionado en ámbito de dirección y gestión comunitaria, a partir del cual se lideren procesos sociales de organización comunitaria con el objetivo de sensibilizar cada vez mas a la población sobre el sentido de la salud entendida en todas sus

dimensiones y buscando como fin último minimizar los factores de riesgo sociales de las personas, familias y comunidades. Se visualiza un(a) trabajador(a) social empoderado de su rol profesional pero con capacidades de trabajar mancomunadamente con otros profesionales generando sinergias que promuevan el desarrollo de las comunidades y el bienestar de las personas. Y, finalmente, se sueña un(a) trabajador(a) social que en cada una de sus acciones se logre percibir el sentido ético de las mismas, que se visibilicen los valores morales y los principios éticos en “...el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la intervención terapéutica y movilización de recursos en beneficio de las comunidades.” (Rodríguez 2008). (LUCÍA, 2012).

4.6 Funciones esenciales y niveles de atención en salud

Desde sus antecedentes históricos una de las funciones básicas del trabajador social es investigar para descubrir necesidad, problemáticas y los entramados familiares en los que se encuentran envueltos sus usuarios.

En la siguiente tabla se enmarcaran algunas de las acciones clave de los trabajadores sociales en hospitales, clínicas y centros de salud.

ROLES	ACCIONES
1. Investigador	Descubrirá la realidad social concreta de grupos e individuos con alguna enfermedad específica, con el fin de un desarrollo óptimo y aporte de nuevos conocimientos a la medicina mediante la sistematización o publicación de la investigación
2. Defensor	Velará por los derechos humanos y la dignidad de las personas, sobre todo por su estado de vulnerabilidad en cuestiones de salud.
3. Asesor-Informador	Brindará el conocimiento y asesorará en procedimientos de manera clara para agilizar los trámites de los usuarios en las instituciones de salud
4. Comunicador	Tendrá una comunicación asertiva, amable y cordial con los usuarios y su equipo de trabajo

5. Experto grupal	Coordinará grupos de psicoeducación o GAM con el fin de que los pacientes y familiares generen un proceso de reflexión-catártica y socialicen sus padecimientos-sufrimientos
6. Promotor	Promoverá estilos saludables de vida, así como información sobre prevención de diversas enfermedades actuales
7. Estratega	Proyectará influencia positiva hacia el equipo multidisciplinario para generar cambios integrales a favor de los pacientes de los servicios de salud, también generara proyectos innovadores
8. Observador	Será muy perspicaz con toda la información que reciba, para analizarla y tomar decisiones correctas.
9. Lider-Coordinador	Tendrá la capacidad de gerenciar y dirigir equipos de trabajo y proyectos institucionales para posicionar la labor del trabajador social
10. Agente catalizador	Concientiza las potencialidades y debilidades de la persona incentivando procesos de re-significación social y resiliencia

Otro elemento medular es el perfil que deben de tener los trabajadores sociales que se encuentren inmersos en un ambiente de salud pública ya que se enfrenten en su accionar diario a procesos delicados como muertes, seguimientos de casos de medicina legal, investigaciones de menores con probables abuso sexual y/o violencia, por lo que a

continuación se describe algunas habilidades que debe desarrollar este profesionista para encarar adecuadamente su praxis profesional.

Perfil de los trabajadores sociales sanitarios:

- Vista receptiva central y periférica.
- Oído alerta a todo.
- Mente abierta, estable y fuerte para poder afrontar cualquier tipo de situación.
- Ojo con mirada clave para observar minuciosamente sin hacer juicios de valor.
- Herramientas para capturar y reportar todos los detalles de lo sucedido.
- Bata o uniforme institucional para identificarse como trabajadora o trabajador social.
- Archivos y documentación necesaria para dar una adecuada orientación al usuario.
- Vestuario adecuado y formal para dar presentación y seguridad.
- Pie firme y estable para sostener su ética profesional.

Otro factor clave de este texto son los niveles de atención a la salud primero, segundo y tercer nivel. Éstos deben de verse como un proceso ligado y en conjunto, no como entes aislados. En el siguiente esquema se describen cada uno, así como algunas de las funciones de los trabajadores sociales en cada nivel específico: Olfato alerta para detectar situaciones anómalas.

Los 3 niveles de atención en salud y sus características		
1er nivel	2do nivel	3er nivel
En el primer nivel de atención se atienden enfermedades principalmente ambulatorias, este nivel representa el primer contacto del usuario con el sistema de salud, es aquí donde deben acudir para llevar un adecuado control y seguimiento de sus padecimientos y enfermedades, este nivel de atención es de los más importantes por sus acciones de promoción y prevención de enfermedades a través de la educación, difusión y consulta constante con el médico.	En este nivel se encuentran los hospitales generales y regionales que brindan atención de seguimiento a través de sus especialidades como, cirugía, traumatología, pediatría, gineco-obstetricia, nefrología entre otras, además este nivel cuenta con insumos y equipo especializados para tomar placas, radiografías y medicamento controlado y/o especializado así como unidades de cuidados intensivos en algunos casos.	Aquí se reúnen a los hospitales de alta especialidad, y se atienden a los usuarios referidos por el segundo nivel de atención que por su padecimiento requiere una atención más especialidad ya que estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras), así como infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Aquí se tratan enfermedades de baja prevalencia y alto riesgo.

<p>Acciones del trabajador social en este nivel de atención</p>	<p>Acciones del trabajador social en este nivel de atención</p>	<p>Acciones del trabajador social en este nivel de atención</p>
<p>-educación grupal a los usuarios a través de estrategias de promoción a la salud dentro y fuera de las unidades de medicina familiar.</p> <p>-localización y seguimiento de pacientes que no acuden a sus citas de control médico.</p> <p>-coordinación interinstitucional para usuarios que requieran atención especializada, para tratamiento de adicciones, salud mental, violencia, etc.</p> <p>-orientación a los usuarios presencialmente y vía telefónica de trámites administrativos y procesos de los que tengan dudas.</p>	<p>-educación grupal a pacientes en sala de espere y encamados acerca de los procesos clave y reglamento hospitalario.</p> <p>-localización de familiares de pacientes en abandono, de la tercera edad, menores, o de estancia prolongada que no se encuentren al pendiente de su familiar.</p> <p>-pase de visita a encamados para detectar necesidades psicosociales de los pacientes.</p> <p>-orientación a los usuarios presencialmente y vía telefónica de trámites administrativos y procesos de los que tengan dudas.</p>	<p>-educación grupal a pacientes en sala de espere y encamados acerca de los procesos clave y reglamento hospitalario.</p> <p>-localización de familiares de pacientes en abandono, de la tercera edad, menores, o de estancia prolongada que no se encuentren al pendiente de su familiar.</p> <p>-pase de visita a encamados para detectar necesidades psicosociales de los pacientes.</p> <p>-orientación a los usuarios presencialmente y vía telefónica de trámites administrativos y procesos de los que tengan dudas.</p>
<p>-realización de estudios medico- sociales, socio-familiares, notas de trabajo social y visitas domiciliarias para casos especiales y de seguimiento.</p>	<p>-coordinación interinstitucional con ministerio publico y/o cuidad niñez para notificar casos de medicina legal y se procedan las investigaciones pertinentes.</p> <p>-apoyo y contención emocional para los familiares de las defunciones.</p> <p>-realización de estudios medico- sociales, socio-familiares, notas de trabajo social y visitas domiciliarias para casos especiales y de seguimiento.</p>	<p>-coordinación interinstitucional con ministerio publico y/o cuidad niñez para notificar casos de medicina legal y se procedan las investigaciones pertinentes.</p> <p>-apoyo y contención emocional para los familiares de las defunciones.</p> <p>-realización de estudios medico- sociales, socio-familiares, notas de trabajo social y visitas domiciliarias para casos especiales y de seguimiento.</p>

Se presentan a grandes rasgos algunas de las acciones que se realizan en los 3 niveles de atención, aunque estas pueden variar, puede haber defunciones en primer nivel de atención aunque son casos atípicos, así mismo las acciones de segundo y tercer nivel son similares, aunque se puede llegar a tener sus variaciones. (Cedillo, 2020).

4.7 Trabajo Social sanitario: Definición y prácticas de intervención

4.7.1 Trabajo Social en atención primaria

La Atención Primaria (AP) suele ser el punto de contacto más cercano al ciudadano y el que tiene más conocimiento no solo de la realidad del individuo sino también del entorno social en la que vive y de su red de convivencia. Desde 1984, con el inicio de la reforma sanitaria en España, se incluye a los trabajadores sociales en el campo de la Atención Primaria en salud.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978).

La atención a la salud, como hecho, se desliga de la enfermedad para ampliar su nivel de intervención a otros determinantes de la salud, como el “desarrollo social y económico global de la comunidad” o la “participación” que permita poner al alcance de las personas y comunidades la asistencia y promoción de la salud.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria,

mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud recoge la composición de los equipos de AP del siguiente modo:

- Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica adscritos a la Zona.
- Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.
- Los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.
- Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
- Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.
- El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.
- En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse al mismo otros profesionales.

Una vez situado al Trabajo Social dentro del equipo, nos quedaría ver que funciones, además de la intervención individual o área de atención directa, desarrolla o podría potenciar.

- **Atención familiar.** Área de intervención con una intensidad de abordaje escasa y muy centrada en problemáticas concretas como pueden ser la de menores con problemas psicosociales, violencia de pareja y mayores dependientes.
- **Enfoques de intervención comunitaria y de participación.** En esta área se encuentran las diferentes estrategias para promoción de la salud y fomento del autocuidado. Estas son las que se realizan desde hace tiempo, en el área de la

educación para la salud, especialmente en centros educativos o las elaboradas a demanda para grupos específicos (VIH, poblados marginales, grupos de autoayuda relacionados problemas de adicción, etc.). También tiene un importante campo de intervención en los planes y procesos comunitarios.

- Coordinación con otros recursos, asociaciones e instituciones pertenecientes al sector social como los grupos de ayuda mutua, proyectos de intervención social, redes y líderes de la comunidad, movimientos asociativos de la zona, agentes comunitarios de salud, etc., así como la coordinación con los recursos sociales de la zona.
- **Acciones intersectoriales.** Son una oportunidad para afrontar el acompañamiento de la persona desde una visión transdisciplinar. Existen dificultades derivadas de la carga laboral o de la rigidez en las estructuras, por un lado, y por la falta de perspectiva profesional para entender esta intervención desde un abordaje integral.
- Acciones relacionadas con la docencia e investigación, referenciando en esta área aquello que tiene por objeto el desarrollo profesional y el estudio de los factores sociales en salud.

El trabajador social, según las citadas directrices legales, forma parte del equipo de Atención Primaria con un papel específico, aunque con un protagonismo o peso muy limitado debido, principalmente, al modelo organizativo de los equipos de AP y Centros de Salud. Éste aparece como un modelo a escala del modelo biomédico especializado, y que, de entrada, no pone en tela de juicio sus criterios, contenidos y metodología pero que permite cambios más profundos hacia un modelo integral de atención a la salud.

Todo esto se puede comprobar al intentar acceder a la información sobre los profesionales del Trabajo Social que desempeñan su labor profesional en los equipos de AP. Esta información no se obtiene en los portales de información oficiales pero, por mi experiencia de campo procedente de la investigación realizada, la media es menos de uno por centro de AP.

Esto sitúa, comparativamente, el peso específico del área social en el abordaje biopsicosocial de modo deficitario y descompensado. La orientación asistencial del modelo de atención también se sitúa lejos de una perspectiva integral. Es desde ésta

desde donde el Trabajo Social desempeña sus competencias y rol profesional dentro de una perspectiva de continuidad asistencial y, sobre todo, en aquellos enfermos complejos o en situación de cronicidad dentro del proceso asistencial, como pueden ser la población mayor.

4.7.2 Trabajo Social en ámbito hospitalario

El 30 de enero de 1979 el Director del Instituto Nacional de Previsión remite un escrito con las funciones básicas del Trabajo Social de Hospitales (citado por Pizarro et al., 2007) quedando establecidas en los siguientes ámbitos:

- Asesoramiento y orientación al enfermo/familia.
- Estudio social del enfermo/familia/entorno.
- Colaboración con el desarrollo del Plan de Humanización.
- Intervención en la reinserción social del paciente en el momento del alta.



El intervalo donde una persona tiene que ser hospitalizada tiene una especial relevancia para la misma ya que se convierte en dependiente por un período indeterminado para él. Como consecuencia de este deterioro, él y su entorno familiar se deslocalizan de su contexto habitual con el objetivo de encontrar una intervención más efectiva que le devuelva el mayor porcentaje de calidad de vida posible. No hay que olvidar que estos

momentos, donde el abordaje individual de la enfermedad queda modificado por la presencia de personas de su entorno, son momentos donde puede aparecer y detectarse la problemática socio-familiar subyacente.

Desde el momento de la entrada, la figura del trabajador social, sobre todo en las urgencias del centro hospitalario, puede tener una especial importancia ya que es, en este momento, donde las personas se pueden encontrar ante una cierta sensación de desamparo y confusión que puede generar estados de ansiedad. Es ahí donde se puede comenzar a realizar una función de información o de mediación entre la persona, su familia y el servicio que está interviniendo para potenciar la estabilidad emocional y organizativa que requiere en ese momento.

El trabajador social, desde una recogida de datos personales, familiares, contexto social, redes de apoyo, etc. puede llegar a identificar a los colectivos más vulnerables (menores, mayores, violencia de género, dependientes, etc.) o que se encuentran en una franja de exclusión (personas sin hogar con problemas de adicción, salud mental, etc.). Desde esta primera identificación puede comenzar a realizar actividades más concretas como la localización de familiares y/o personas pertenecientes a la red de apoyo informal para activar los recursos personales del usuario afectado o comenzar a diseñar el proceso de intervención social.

En este proceso, la coordinación, información y derivación, si fuese necesario, a otros profesionales de la intervención sanitaria es imprescindible para complementar la intervención social y, sobre todo, para ofrecer a la persona una adecuada atención integral.

Este contexto de intervención se sitúa, en muchas ocasiones, entre las posibles demandas de recursos de los propios usuarios y/o sus familias, generadas por esta nueva situación y las que provienen de los recursos sanitarios, demandante de una salida lo más ágil posible hacia otros recursos o su propio domicilio.

4.7.3 Trabajo Social en salud mental

Ésta ha ido evolucionando desde las intervenciones centradas en el binomio “psiquiatra-paciente” y con una localización predominante en los hospitales psiquiátricos o manicomios, hacia una intervención en la que se triangula el paciente con el equipo

profesional y su contexto, especialmente la familia, con el objetivo de abordar la cronicidad de la enfermedad mental desde respuestas más socializadoras.

Esta evolución en la forma de abordar la salud mental se observa, incluso, en la manera de conceptualizarla ya que antes era catalogada, desde un término más reduccionista, como “psiquiatría” y que se dio en el siglo pasado hasta la década de los 70, aproximadamente. En esta década la asistencia psiquiátrica no se contemplaba dentro de las prestaciones sanitarias y la red de atención, se reducía, casi exclusivamente, a los denominados manicomios, donde, además de ejercer la propia labor terapéutica, tenían una función relacionada con el control social y de segregación de las personas enfermas.

Pero si en la década de los 80 se produce este cambio de conceptualización de la salud mental en la siguiente década se produce un aumento de la población con enfermedades mentales que conllevan unas consecuencias sociales, como pueden ser la soledad o el aislamiento social, la dificultad para encontrar o mantener un empleo, precariedad económica o pobreza, problemas de alojamiento y vivienda, etc.

Ante este aumento de población los recursos se ven desbordados y se perciben como insuficientes para dar respuesta a esta nueva situación. Esta tendencia se ha mantenido hasta la actualidad, incrementándose la utilización de la red. Según algunos autores, o el propio Informe SESPAS (2014), este aumento de la demanda puede estar relacionado con la situación de crisis económica y financiera que ha golpeado a la sociedad y que ya se detectan en el período 2006-2010 con un aumento del 19% de trastornos del estado de ánimo, un 8% los trastornos de ansiedad o un 5% en los trastornos por abuso de alcohol, especialmente en mujeres, aumentando también, paralelamente, el consumo de fármacos antidepresivos.

También, en estas últimas décadas, se ha dado otro hecho: el de la migración, que tiene una importante implicación en salud mental (Comelles, Mascarella, Bardají y Allué, 2000) y que exige al profesional del Trabajo Social un papel importante en la intervención. Es en estas situaciones donde la salud mental refleja su prisma más psicosocial y donde el Trabajo Social tiene su lugar de intervención, especialmente dentro de los espacios brindados por los dispositivos de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental.

En los últimos años hemos vivido, desde algunos dispositivos de Trabajo Social, la atención de las primeras oleadas de inmigración provenientes de Latinoamérica o las últimas provenientes del continente africano, donde, además, se sumaba la experiencia de viajes en condiciones muy duras y la llegada a un país donde el idioma era el primer obstáculo importante. En el último periodo de tiempo, se ha sumado la llegada de refugiados provenientes del conflicto bélico en Siria. Tres espacios geográficos diferentes, tres motivaciones diferentes para llegar a nuestro país pero una situación que se convierte en factor de riesgo para la salud mental de la persona y sus familias y que supone un reto de adaptación para los profesionales.

La presencia del trabajo desde la perspectiva social del individuo y de la familia es, quizás en este campo de la salud mental, más evidente. No solamente por el sufrimiento que puede generar su enfermedad, o incluso el miedo derivado del desconocimiento general existente sobre este tipo de enfermedades, sino por el estigma que conlleva para la persona, que dificulta la integración de la misma y la consecuente discriminación que infringe la sociedad. También porque pueden ser más vulnerables a sufrir abusos o la violación de sus derechos (OMS, 2006). Debido a esto, a veces hay que articular acciones concretas de protección desde los diferentes niveles de intervención que sitúen al individuo, desde esta posición de vulnerabilidad psicosocial, como un sujeto de pleno derecho pero que precisa apoyos para afianzar su propia autonomía.

Cuando la persona, o la familia, acude a la red de salud mental a solicitar atención suele ser debido a una situación de crisis puntual o bien a una que requiere un abordaje más complejo y una intervención prolongada en el tiempo, generada por una enfermedad mental de curso crónico o trastorno mental grave.

Las funciones específicas del Trabajo Social en salud mental se podrían resumir en las siguientes propuestas (Burgos, Pérez y Sánchez, 2009).

- **Función de atención directa:** El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia, de cara a generar cambios positivos en su situación social y en su contexto relacional. De manera especial en el círculo familiar o de relaciones más significativas, quienes comparten y sufren los desordenes y limitaciones que experimenta la persona afectada por la enfermedad. Esta atención se podrá realizar tanto a nivel ambulatorio como domiciliario.

- **Función orientada a la rehabilitación e inserción social:** La rehabilitación psicosocial es un término que tiene especial fuerza en el campo de la salud mental. Es un escenario donde el Trabajo Social debe tener un papel importante ya que llega más allá de las fronteras del marco clínico. Dirige su intervención a conseguir el mayor nivel de inserción social y de normalización, partiendo de la base que éste no será igual para todas las personas, y que la desigualdad social es un factor determinante que hay que abordar para conseguir este objetivo.

La rehabilitación psicosocial tiene sentido si la intervención se realiza desde una perspectiva biopsicosocial y, a la vez, esto solo se conseguirá si el equipo profesional que realiza la misma aporta una visión integrada, multidisciplinar, de la enfermedad y su proceso (Gil Martorell, 2011).

Aunque siguiendo con la orientación anterior, desde mi punto de vista esto sería más idóneo si la visión fuera transdisciplinar. Esta función tendrá una orientación preventiva y de promoción con el objetivo de conseguir los mayores niveles de autonomía posible. Para conseguir este objetivo desarrolla su intervención utilizando las potencialidades que se pueden localizar entre los recursos de la persona, los de carácter general o normalizado y los especializados de la red de salud mental.

El trabajo se dirige a reforzar los procesos de recuperación o aprendizaje de nuevas habilidades personales y los de reincorporación a la vida social, aspecto, éste, de vital importancia sobre todo en el campo de las personas sin hogar o con problemas relacionados con las adicciones.

El propio concepto psicosocial da nombre a algunos de los dispositivos donde se trabaja de manera específica estos aspectos, como son los centros de rehabilitación psicosocial o los de rehabilitación laboral. En los primeros sí existe la presencia de trabajadores sociales mientras que en los segundos no los incorpora a sus recursos humanos.

- **Función de coordinación:** Además de liderar la coordinación de las derivaciones de pacientes a otros dispositivos de la red de salud mental, se enfoca a potenciar la continuidad asistencial y de cuidados de la personas desde otros dispositivos asistenciales que también puedan intervenir. Esto tiene especial importancia en aquellas personas que se encuentran en la red de personas sin

hogar y que están diagnosticadas de patología dual, por lo que nos encontramos con un multiperfil de complicado encaje en una sola red, de aquí la importancia de la visión integral.

La dificultad de estas intervenciones viene dada porque estas personas se encuentran atendidas por redes diferentes, sin contar a la propia red de servicios sociales, donde algunos suelen tener seguimiento social y han tramitado alguna prestación económica como la Renta Mínima de Inserción (en adelante RMI).

Esta función tiene que ver también con la participación, o el desarrollo, de programas de atención comunitaria que aborden tanto la perspectiva preventiva, asistencial o rehabilitadora y de integración.

Esta función es importante por el espacio de atención compartido con los servicios de atención primaria en salud, los centros hospitalarios, los servicios sociales y otras redes y recursos especializados donde, además de intentar aprovechar de la manera más eficaz y eficiente los recursos, hay que intentar que la participación de la persona en su propio proceso no se diluya entre los planes de los diferentes equipos profesionales. No es sujeto “paciente”, sino que tiene que tener, en la medida de sus posibilidades, responsabilidad y voz en todo lo referente a su proyecto de intervención.

A pesar de estos avances, siguen existiendo retos importantes por abordar, como por ejemplo la complejidad de las propias redes de atención, que requieren, en muchas ocasiones, de una labor de comunicación y coordinación que, de no realizarse adecuadamente, pueden obstaculizar la atención asistencial del mismo.

Unida a esta complejidad, se encuentra el problema de los “perfiles” que ha provocado en numerosas ocasiones que la persona no fuera “de nadie” por tener un perfil muy específico o, lo que es peor, un multiperfil que eliminaba su candidatura de los diferentes recursos.

4.7.4 Trabajo Social en adicciones

La adicción es un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica, periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el

consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (OMS, 1994).

La adicción puede considerarse como equivalente a un grave trastorno por uso de sustancias según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, siglas en inglés) que está en sintonía con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (en adelante DSM-5).

Por lo tanto, podemos ver como la adicción a sustancias no es solamente una enfermedad, sino un hecho que responde a una contexto multifactorial. Hecho que responde a elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, coincidiendo con la perspectiva de la OMS y que, por lo tanto, exige una intervención multidisciplinar.

Con estos factores se comprende mejor la característica dinámica de la adicción en el tiempo, y es que los propios cambios sociales, culturales, demográficos y económicos producidos en la sociedad han generado nuevos cambios en las sustancias consumidas y también en los patrones de consumo.

El rol que ejercen los profesionales del Trabajo Social se desarrolla y orienta en el marco legal que establece cómo está conceptualizado en ese momento el hecho del consumo, posesión y tráfico de sustancias. Esta conceptualización, en la actualidad, trasciende las fronteras geográficas para convertirse en una cuestión internacional y, desde este marco, se generan las actuaciones comunes e individuales de los países y sus territorios.

4.8 Normas oficiales mexicanas-NOM y trabajo social sanitario

Las normas oficiales mexicanas (NOM), son manuscritos emitidos por la administración pública federal y pretenden regular cuestiones de alta especificidad técnica, en la siguiente tabla se mencionaran algunas normas que son importantes que el trabajador social conozca para fungir adecuadamente su práctica profesional.

Nombre de la norma	Características principales
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico</p>	<p>Por ser más nueva esta norma del año 2012 es la que se analizara ya que esta también la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, del año 1998.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.</p> <p>Menciona en el apartado D16 acerca de las notas de trabajo social o estudio socioeconómico (Estudio médico social), los cuales irán antes del (D17) consentimiento informado y después del (D15) registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes. Así mismo se menciona que las notas de médicos, enfermería, trabajo social y otros profesionales deben ser escritas en lenguaje técnico y contenido coherente.</p>

<p>2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.</p>	<p>por objeto establecer los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.</p> <p>1.2. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todos los productos de Expediente Clínico Electrónico que se utilicen en el Sector Público, así como para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica, personas físicas y morales de los sectores social y privado que adopten un sistema de registros electrónicos en salud en términos de la presente norma y de la legislación aplicable.</p>
--	---

<p>Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar</p>	<p>Objetivo: El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.</p> <p>El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.</p>
--	---

	<p>Puede influir trabajo social en las actividades 5.2 Promoción y difusión</p> <p>La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.</p>
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio</p>	<p>Objetivo: Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.</p> <p>Puede influir trabajo social en el punto 5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son, con las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada; - promoción de la lactancia materna exclusiva; - promoción y orientación sobre planificación familiar; - medidas de autocuidado de la salud.

<p>Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes</p>	<p>Objetivo: Esta norma es esencial para unificar los procedimientos y criterios de observancia del Sistema Nacional de Salud en la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus con el propósito de asegurar una atención adecuada y de calidad a los enfermos y proteger al público de los riesgos derivados de las malas conductas en la prevención y control de este padecimiento.</p>
--	--

	<p>Puede influir trabajo social en el apartado 1.6.1. Utilización de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, etc.), promoción y educación para la salud con el apoyo de trípticos, dípticos, carteles y otros.</p>
--	--

<p>Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica</p>	<p>Objetivo: . Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.</p> <p>Puede influir trabajo social en el apartado, 3.5. Rehabilitación Integral:</p> <p>Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.</p> <p>Así como en los puntos, 3.6. Educación para la Salud Mental: Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.</p> <p>3.7. Promoción de la Salud Mental:</p> <p>Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.</p>
--	--

	<p>7. Actividades de rehabilitación integral</p> <p>7.1. Las actividades de rehabilitación se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las cuales comprenderán:</p> <p>7.1.1.1. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la rehabilitación física y mental, que en su caso incluyan el desarrollo de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, así como la prevención y atención a deformidades físicas en cada paciente; la conciencia de su cuerpo, del espacio y el desarrollo de sus sentidos, que lo posibiliten para la elaboración de trabajos manuales, participación en actividades deportivas y autocuidado.</p> <p>7.1.1.2. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre los pacientes y con el personal de la institución, los familiares, la comunidad y amistades del usuario, que promuevan el proceso para su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales.</p> <p>7.1.1.3. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia.</p>
--	---

<p>Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones</p>	<p>Objetivo y campo de aplicación</p> <p>1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades</p>
---	--

	<p>preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones.</p> <p>Puede influir trabajo social en el apartado</p> <p>6. Prevención</p> <p>Prevención es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias.</p> <p>6.1 Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta: la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, la sustancia psicoactiva de uso; las características de los individuos; los patrones de consumo; los problemas asociados; así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales.</p>
--	--

<p>Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial</p>	<p>Objetivo: Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.</p> <p>Trabajo social puede influir en el apartado 3.29 Promoción de la Salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la salud, 10.10.8.2 Los grupos de ayuda mutua deben servir para facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables, como actividad física, alimentación idónea, control del consumo de sal, alcohol, tabaco, y cumplimiento de las metas de tratamiento.</p>
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores</p>	<p>1. Objetivo</p> <p>Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de</p>

	<p>actividades en materia de asistencia social a menores y adultos mayores.</p> <p>Trabajo social puede influir en el apartado, 6.1.4 Se debe fomentar la salud física y mental, así como el desarrollo armónico de la personalidad.</p> <p>6.1.5 En el proceso educativo del menor se deben incluir las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Recreativas b) Lúdicas c) De esparcimiento d) Deportivas e) Expresión y culturales <p>aunque esta norma esta focalizada en el area de asisitencia social, algunas actividades también se pueden realizar en el ambio de la salud</p> <p>6.6 Trabajo Social.</p> <p>Las instituciones deben cumplir con las siguientes actividades de trabajo social en relación con los menores:</p> <p>6.6.1 Estudio de ingreso y expediente único actualizado.</p> <p>6.6.2 Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su integración al hogar.</p> <p>6.6.3 Apoyo a la referencia a unidades de salud y a otras instituciones de Asistencia Social.</p> <p>6.6.4 Apoyo técnico-administrativo.</p> <p>6.6.5 Apoyo a las actividades educativas y recreativas.</p>
<p>Norma A1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad</p>	<p>1. Objetivo</p> <p>Esta norma tiene por objeto establecer los criterios que regulan la forma en que se</p>

	<p>proporcionan los servicios de atención médica integral a las personas con discapacidad, en su calidad de pacientes.</p> <p>Trabajo social puede influir en el siguiente apartado, 4.2 Atención médica integral a las personas con discapacidad, al conjunto de actividades realizadas por el personal profesional y técnico del área de la salud, que lleva a cabo la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en su caso, referencia y contrarreferencia, de dichas personas en su calidad de pacientes,</p> <p>5.2 La atención médica integral a las personas con discapacidad debe ser instrumentada por un equipo inter y multidisciplinario, que de forma coordinada y secuencial, en sus respectivos ámbitos de competencia,</p> <p>5.3.1 Educación, prevención y promoción para la salud, 5.3.6 Seguimiento de casos; y 5.3.7 Información y capacitación a los familiares acerca de la atención y cuidados de la persona con discapacidad.</p>
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar</p>	<p>Objetivo: La presente Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.</p> <p>Trabajo social puede influir en el apartado, 4.3.1. Atención integral, al manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento.</p> <p>4.5. Consejería y acompañamiento, al proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una</p>

	<p>decisión de manera libre e informada. 4.6. Detección de probables casos, a las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar o sexual, entre la población en general.</p> <p>4.7. Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva y fomentar estilos de vida sanos.</p> <p>4.8 Estilos de vida saludables, se define como los patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo o grupo, que pueden afectar la salud del individuo.</p> <p>4.16. Participación social, al proceso que promueve y facilita el involucramiento de la población y las autoridades de los sectores público, social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>6.2.1. Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.</p>
--	--

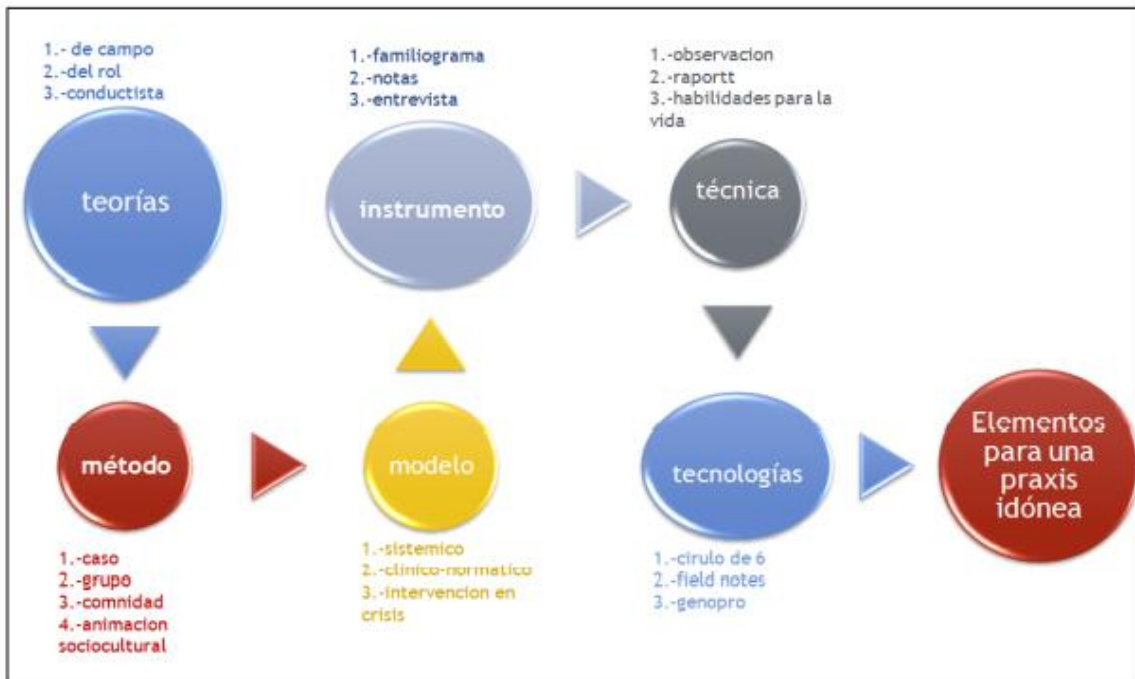
Fuente: Diario oficial de la federación-DOF

A través del análisis de estas 11 normativas se genera énfasis en donde se menciona la figura del trabajador social, así como en las partes donde por su génesis práctica puede entrar en el ámbito de aplicación como el de la promoción comunitaria, así mismo se muestra los objetivos de las NOM más importantes y con las que se tiene más relación en los tres niveles de atención y se hace un anclaje con las acciones en las que podría influir el trabajador social.

4.9 Fundamentos teórico-metodológicos para la acción social en salud

La visión teórica instrumental en trabajo social ha permitido dotar de científicidad intervención y prácticas institucionales, en el siguiente grafico se muestran 6 elementos clave que debe tener toda intervención social para fomentar una praxis idónea, aunque

por la naturaleza de los casos en particular en ocasiones no se logren cumplir con los seis elementos.



Fuente: Ávila, 2018:92

4.10 Los modelos de intervención del trabajo social en salud

Los modelos de intervención en trabajo social es otro de los elementos que se puede explotar desde la práctica institucional y sistematización de la práctica, los definimos como un, arquetipo metodológico para el análisis, acompañamiento e intervención social con los usuarios y sus diversas demandas/problemas, el cual está conformado por un corpus teórico, instrumental, y valores propios acorde a la institución o sector vulnerable en el que se aplica, y así a través de sus diversas acciones y estrategias transformara y empoderara a los sujetos sociales.

En la siguiente tabla se presentan 41 modelos de intervención en trabajo social divididos por niveles de acción caso grupo y comunidad.

Modelos de intervención en trabajo social		
Caso	Grupo	Comunidad
1. -Psicosocial 2. -Funcional 3. -Centrado en la resolución del problema. 4. -Modificación de conducta 5. -De intervención en	1. De ayuda mutua 2. Familiar o de terapia familiar 3. Modelo de las metas sociales 4. Metas remediales 5. Metas reciprocas	1. Acción social 2. Planificación social 3. Fundado en los problemas y los grupos de población 4. Organización y desarrollo de la comunidad

crisis 6. -modelo centrado en la tarea 7. -Clínico normativo 8. -Comunicación interacción 9. -Mediación familiar 10. . Psicodinamico 11. -Humanista existencial 12. . Critico radical 13. -Sistémico 14. -Gestión de casos 15. -Narrativo 16. De las representaciones sociales 17. -Socialización de adultos 18. -Centrado en la competencia 19. De socialización 20. De previsión social	6. Basado en las redes y en los sistema de apoyo 7. De intervención para el fortalecimiento de las Tics en el área de salud-MIFTICS. (elaboración propia) 8. De intervención en la realidad 9. Representaciones organizacionales	5. Modelo de potenciación 6. Aproximaciones sucesivas 7. Modelo de intervención diagnóstica e intervención planificada
21. -De asesoramiento del duelo 22. -De la labor del consejo o Counselling 23. Modelo de Fortalecimiento de la Identidad Femenina 24. Validación humana 25. Análisis transaccional		

Fuente: elaboración propia

Los modelos ofrecen una guía y una explicación-interpretación de los problemas de los sectores vulnerables, pero este proceso metodológico no debe confundirse con la planeación social o la sistematización, ya que cada uno de estos conceptos persiguen diferentes fines aunque los tres son parte fundamental del trabajo social. Desde nuestra visión los modelos de intervención en trabajo social son un arquetipo metodológico para el análisis, acompañamiento e intervención social con los usuarios y sus diversas demandas/problemas, el cual está conformado por un corpus teórico, instrumental, y valores propios acorde a la institución o sector vulnerable en el que se aplica, y así a través de sus diversas acciones y estrategias transformara y empoderara a los sujetos sociales.

Modelo de intervención para el trabajo social en salud
<p>1. Modelo psicosocial</p> <p>Es históricamente la primera forma del trabajo social de caso, con exponentes como Mary Richmond y Gordon Hamilton, aunque Florence Hollis es la representante más importante de este modelo, este está influenciado por el psicoanálisis y el modelo médico de causa-efecto, desde la visión de Hamilton el trabajo social de caso influenciado por este modelo no puede conformarse solo con escuchar y comprender, sino que debe participar activamente en el cambio. La primera base teórica de este modelo es el análisis de la práctica, este modelo se vale de la teoría de sistemas para la recogida de datos así como para la formulación del diagnóstico y el plan de acción.</p> <p>*FASE INICIAL: consiste en la formulación del diagnóstico y relación de trabajo con el cliente, esta fase comprende de 3 a 5 entrevistas.</p> <p>Este modelo distingue 3 tipos de diagnóstico:</p> <p>Etiológico: se buscan los factores pasados o actuales que inciden en el problema.</p> <p>Dinámico: busca expresar la interacción de las fuerzas que están presentes aquí y ahora para presentar las dificultades o facilitar las soluciones, se estudia la interacción entre el cliente y las otras personas.</p> <p>De clasificación: el diagnóstico trata de comprender como funciona el sistema biopsicosocial y también cual es la relación del cliente con otros subsistemas para saber a dónde hay que dirigir el esfuerzo de modificación.</p> <p>*FASE SEGUIMIENTO:</p> <p>Plan de acción y objetivos, cuando reflexionamos sobre cual es la mejor manera de ayudar a un cliente comenzamos por considerar los objetivos de un tratamiento.</p> <p>*FASE DE CIERRE:</p> <p>Tratamiento: ayudar al cliente a comprender que recursos están a su alcance y como hacerlos ver.</p> <p>Técnicas que utiliza este modelo: aireación, entrevista, atención, comunicación afable con el lenguaje corporal. (Du Ranquet, 1996.67-107)</p>

2. Modelo de intervención en crisis

Una de las **precursoras** de este modelo es **Naomi Golan**, sus teorías basales son la teoría del rol, del estrés, del aprendizaje, y de la homeostasis. Otros autores de este modelo son Howard Parad, Lydia Rapoport y O'hagan.

Las fases de una crisis o duelo según este modelo son, negación, rebelión, negociación, depresión y aceptación.

FASE INICIAL

En este primer acercamiento se tiene poco tiempo y el usuario tiene una sensibilidad exacerbada, con **una duración de 6 semanas** si supera este periodo hablamos de una crisis aguda.

FASE INTERMEDIA

Encontrar las técnicas que han sabido utilizar en el pasado así como la utilización de elementos para hacerle frente como la externalización de la frustración, y desahogo.

FIN DE LA INTERVENCION:

En esta etapa se prepara al usuario para que aprenda nuevas direcciones y medidas de funcionamiento.

(Du Ranquet, 1996:179-212)

3. Modelo sistémico

Los orígenes de este modelo datan de los 1930 cuando Hangis un sociólogo de la Smith social work school introdujo en trabajo social la teoría de los sistemas, su fundamento teórico parte de la teoría de sistemas de Karl Ludwig von Bertalanffy, biólogo y filósofo austriaco, la teoría de este autor refiere que el elemento central son las interacciones de los elementos dentro de un sistema, esta teoría deja de lado la postura de análisis individualizado para tomar una óptica del entorno y las interacciones entre miembros, su principal propósito es mejorar la interacción y la comunicación de las personas con los sistemas que le rodean, así como enlazar a las personas con aquellos sistemas que puedan prestarles servicios, recursos y oportunidades. (Viscaret, 335-342 en Fernández 2009)

4. Modelo de gestión de casos

Este modelo intenta asegurarse de que aquellos clientes con problemas o incapacidades reciban una asistencia integral, facilitándoles todos los servicios necesarios, los trabajadores sociales son los encargados de enlazar al cliente con la red de servicios existentes, así como de las repercusiones que dicha intervención tendrá en el futuro, las raíces de este modelo surgen en los settlement (casas de rehabilitación) y la charity organization societies-eos, este modelo combina las mejores ideas de la práctica del servicio directo con las mejores ideas de la práctica comunitaria, el proceso metodológico de este modelo será: 1. planificación del servicio e identificación de recursos, 2. vincular a los clientes con los servicios necesitados, 3. implementación del servicio y coordinación, 4. seguimiento de la prestación del servicio, 5. defensa para la obtención del servicio, 6. evaluación de los servicios.

TÉCNICAS

Gestión del tiempo, planificación, eficientar procesos, valorización de casos, armonización de personas, técnica de grupo nominal

HERRAMIENTAS

Árbol de decisiones, libre asociación de ideas, método delfos. (Viscaret,2007:235-257)

5. Modelo de asesoramiento del duelo

Para comprender al individuo frente a la pérdida de un ser querido hemos considerado analizar dichas situación desde la teoría del apego, la cual nos ayudará a visualizar la necesidad que tiene el ser humano de establecer vínculos afectivos y significativos, y como la pérdida afecta la relación que mantiene éste con su medio (familia). En este modelo se ve a la persona como protagonista de su propia vivencia y resolución del problema (situación de duelo). Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, la labor del Asistente Social será de facilitador durante el proceso vivenciado por el grupo afectado. Debido a que los individuos requieren apoyarse en otras personas para mejorar su supervivencia y reducir el riesgo a daños, será necesario reunir a diferentes personas afectadas que hayan vivenciado una pérdida, con el objeto, de que surja desde su experiencia y construcción las formas de enfrentar el duelo. (Santana, A. & Sandoval, M. 2005:5-9)

6. Modelo narrativo

La propuesta narrativa nace del trabajo social en Australia, de los autores Michael White (trabajador social) y David Epston (trabajador social y antropólogo). Cualquier experiencia humana tiene significado en un contexto social y cultural más amplio, y al mismo tiempo, no se puede generalizar.

En cada persona la experiencia concreta de dolor es personal e intransferible y, al mismo tiempo, esa persona, además de problemas, también tiene de forma única, valores, sueños, esperanzas, compromisos, logros y éxitos en su vida.

¿Qué pasaría si, en vez de ahondar en los problemas, en ver cómo se ha llegado a ellos, damos un giro copernicano y nos preocupa conocer lo que de único e intransferible tiene la persona que nos consulta?

La perspectiva de este modelo es **que el trabajador social aporte conocimiento y análisis para ayudar a ver los problemas de manera diferente**

Este modelo deconstruye las historias a través del diálogo profundo con el usuario. (Fernández, 2015)

7. Modelo de ayuda mutua (grupal)

Se basa en una experiencia cotidiana, las personas que comparten un mismo problema, este tipo de grupos generan patrones de comportamiento y de afrontamiento a los problemas que se hacen estables y se generalizan a otra situaciones de vida, el objetivo de este modelo es que los participantes aprendan nuevas habilidades, sociales, cognitivas y conductuales que les permitan alcanzar una mayor calidad de vida.

El grupo es un entorno ideal para que las personas revisen sus necesidades y objetivos de manera colectiva, obteniendo apoyo para ellas mismas y para las demás. Cuando una persona ayuda a los demás, también se está ayudando a sí misma.

FUNCIONES BÁSICAS:

Enseñar a cada persona las estrategias para interactuar adecuadamente, de forma que puedan acceder a los beneficios derivados de la ayuda mutua. Ayudar al grupo a identificar los aspectos más relevantes y positivos de cada uno de los miembros.

En el caso específico de la práctica en el campo de la salud pública el trabajador social podrá usar todos los modelos de intervención en caso presentados en el esquema anterior, según sea su valoración de la problemática, así como los modelos de intervención grupal.

4.11 Tipos de investigación social en el ámbito de la salud

La investigación en trabajo social es otro de los campos potenciales a los que se le puede sacar mucho provecho a través de la sistematización de análisis de casos y prácticas de las instituciones de salud, sin embargo por sobrecarga de trabajo en muchos de los casos no se logra este objetivo, la institución permite la flexibilidad de hacer investigación-acción ya que estamos inmersos en el ambiente al menos 5 días a la semana, y aproximadamente 40hrs. semanales en los que podemos descubrir, nuevas habilidades, y generar acciones que fortalezcan al, usuario, la familiar y abonen a la praxis institucional.

Algunos de los tipos de investigación los mostraremos en el siguiente esquema:

Tipo de investigación	Aplicación en trabajo social sanitario
<p>1. Histórica: estudia los fenómenos desde el punto de vista como han aparecido, evolucionado y llegado al estado actual, la investigación histórica tiene como principales fuentes y técnicas de obtención de la información, la revisión documental, los vestigios y objetos reales, así como en algunos casos personas que tuvieron relación directa con los hechos estudiados o quienes, aunque no tuvieron relación directa con esos hechos, cuentan con información válida y confiable. (Bernal,2010)</p>	<p>La investigación histórica puede aplicarse cuando se quiera hacer un análisis a través de los tiempos de un determinado hecho y contrastarlo con la información actual. Por ejemplo una investigación del análisis de la evolución histórica del trabajo social.</p>
<p>2. Documental: la investigación documental consiste en un análisis de la información escrita sobre un determinado tema, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas o estado actual del conocimiento respecto al tema objeto de estudio. (Bernal,2010)</p>	<p>Este tipo de investigación es de las más usadas en el ámbito de la generación de nuevos conocimientos, un ejemplo de una investigación de ese tipo es el presente texto.</p>
<p>3. Descriptiva: una de las funciones principales de la investigación descriptiva es la capacidad para seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de ese objeto, la investigación descriptiva se soporta principalmente en técnicas como la encuesta, la entrevista, la observación y la revisión documental. (Bernal,2010)</p>	<p>Este tipo de investigación se pueden generar en el terreno institucional, analizando una determinada problemática y población, por ejemplo un estudio de los factores psicosociales que inciden en el proceso de recuperación de pacientes con cáncer de mama del hospital Zoquipan.</p>
<p>4. Correlacional: Para Salkind (1998), la investigación correlacional tiene como propósito mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables. De acuerdo con este autor, uno de los puntos importantes respecto a la investigación correlacional es examinar relaciones entre variables o sus resultados, pero en ningún momento explica que una sea la causa de la otra. En otras palabras, la correlación examina asociaciones pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio en otro. (Bernal,2010)</p>	<p>Este tipo de investigación es de tipo cuantitativa, se pueden aplicar también al campo de la salud y educativo, un título sería estudios para identificar la relación entre los tipos de valores practicados en el ambiente académico institucional y el estado emocional de la comunidad estudiantil.</p>

<p>5. Explicativa o causal: La investigación explicativa tiene como fundamento la prueba de hipótesis y busca que las conclusiones lleven a la formulación o al contraste de leyes o principios científicos. Las investigaciones en que el investigador se plantea como objetivos estudiar el porqué de las cosas, los hechos, los fenómenos o las situaciones, se denominan explicativas. En la investigación explicativa se analizan causas y efectos de la relación entre variables. (Bernal,2010)</p>	<p>Estas investigaciones serán idóneas cuando queramos explicar el por qué de alguna situación, por ejemplo un título sería Estudios orientados a explicar las principales razones de suicidio de adolescentes en los países subdesarrollados.</p>
<p>6. Estudio de caso: El objetivo de los estudios de caso, mejor conocido como el método del caso, es estudiar en profundidad o en detalle una unidad de análisis específica, tomada de un universo poblacional. Para el método del caso, la unidad de análisis, “el caso” objeto de estudio es comprendido como un sistema integrado que interactúa en un contexto específico con características propias. El caso o unidad de análisis puede ser una persona, una institución o empresa, un grupo, etcétera. (Bernal,2010)</p>	<p>Este tipo de investigación es de las más usadas en trabajo social, un ejemplo sería, estudiar la relación entre factores medioambientales, heredados, tomando como unidad de análisis a una familia.</p>
<p>7. investigaciones experimentales : se caracteriza porque en ella el investigador actúa conscientemente sobre el objeto de estudio, en tanto que los objetivos de estos estudios son precisamente conocer los efectos de los actos producidos por el propio investigador como mecanismo o técnica para probar sus hipótesis</p>	<p>Estas investigaciones son de corte cuantitativo y se centra en probar hipótesis, ejemplo, aprendizaje y marketing: investigación experimental del juego de simulación como método de aprendizaje.</p>
<p>8. Etnográfica : este enfoque concede importancia a las interpretaciones que los sujetos ofrecen respecto a su entorno, así como las interacciones que se dan entre los sujetos y objetos del medio investigado, a fin de lograr una descripción que refleje las características totales de la realidad (Encinas,1994:44)</p>	<p>Estas investigaciones son utilizadas en el ámbito educativo y comunitario mayormente, la participación del sujeto de estudio es primordial así como la observación del investigador.</p>
<p>9. Biográficos o narrativos: la biografía una forma de investigación, en la que, para dar solución a un problema, se recogen exclusivamente materiales que contienen manifestaciones personales y profesionales acerca de su participación en sucesos y en acontecimientos semejantes a procesos; en la base de los relatos, se ofrece una descripción de estos procesos y se plantean hipótesis encaminadas a explicarlos. Huberman, Thompson y Weiland (2000). El biograma, que fue conceptualizado por Abel (1947), quien lo define como una historia de vida contada por personas</p>	<p>Este enfoque de investigación cualitativo podrá usarse en las intervenciones con casos donde se pueda ver al sujetos más de dos sesiones para que se pueda lograr un proceso de reflexión y reconstrucción adecuado, este enfoque permite que los sujetos introspecciones a través de sus historias y reconociendo todos las experiencias lleguen a un proceso de empoderamiento.</p>

<p>que son miembros de un determinado grupo social, escrita en cumplimiento de directrices específicas en cuanto a contenido y forma, con el fin de obtener el mayor número de datos.</p>	
<p>10. Investigación acción: Yuni y Urbano (2005) refieren que la Investigación acción se enmarca en un modelo de investigación de mayor compromiso con los cambios sociales, por cuanto se fundamenta en una posición respecto al valor intrínseco que posee el conocimiento de la propia práctica y de las maneras personales de interpretar la realidad para que los propios actores puedan comprometerse en procesos de cambio personal y organizacional.</p>	<p>Este tipo de investigación surge en el apogeo de la educación popular, se aplica a grupos educativos y comunitarios a través de proyectos de intervención, mejora y reconstrucción del tejido social.</p>
<p>11. Otros estudios:</p> <p>* Seccionales o transversales: Son aquellas en las cuales se obtiene información del objeto de estudio (población o muestra) una única vez en un momento dado. Según Briones (1985), estos estudios son especies de “fotografías instantáneas” del fenómeno objeto de estudio. Esta investigación puede ser descriptiva o explicativa.</p> <p>* Longitudinal: Compara datos obtenidos en diferentes oportunidades o momentos de una misma población, con el propósito de evaluar cambios. (Bernal,2010)</p>	<p>Ejemplo investigación descriptiva transversal, Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco.</p> <p>Ejemplo de investigaciones longitudinales, son los estudio que realiza el instituto nacional de estadística y geografía, para saber el número de pobladores de un estado de la república y sus características sociodemográficas.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de varios autores

Se tiene que desmitificar que la investigación es algo difícil o para unos cuantos desde el proceso estudiantil para que se genere con más facilidad en los ámbitos instituciones, otros de los grandes retos es generar departamentos de investigación en trabajo social donde se incentive la publicación de artículos o creación de programas de mejora, sin embargo las políticas y falta de recursos instituciones no permiten estas acciones y por ello se invisibiliza la investigación en trabajo social, sin embargo desde siempre hemos hecho y hacemos investigación a través de nuestras entrevistas y estudios de caso, ahora lo que sigue es transformar estas prácticas.

4.12 Los formatos institucionales y su función (visita domiciliaria, estudio social médico, nota de trabajo social)

Otro de los elementos centrales de la práctica institucional es la utilización de formatos propias de esta para la recolección de datos, es así que hemos englobado los elementos que deben tener las notas e trabajo social, el estudio médico social y a modo de propuesta un formato de visita domiciliaria.

Elementos para notas de trabajo social (NTS)	Elementos para estudio médico social (EMS)
<p>Las notas de trabajo social son el elemento primordial de sus intervenciones por lo que deben contener datos clave como:</p> <p>Datos del usuario: nombre, edad, originaria y residencia actual, tipo de aseguración, escolaridad, estado civil.</p> <p>Diagnostico medico de envío:</p> <p>Factores de riesgo (alcohol, drogas, tabaco, violencia)</p> <p>Datos familiares: cónyuge, hijos, en caso de tener.</p> <p>Datos económicos: ingresos y egresos</p> <p>Condiciones del hogar: composición de la vivienda</p> <p>Datos de localización: donde se incluyan 3 números telefónicos, dirección actualizada y correo</p>	<p>Los estudios medico sociales son investigación con más profundidad, los cuales deben contener:</p> <p>Datos del usuario: nombre, edad, originaria y residencia actual, tipo de aseguración, escolaridad, estado civil.</p> <p>Diagnostico medico de envío:</p> <p>Factores de riesgo (uso de alcohol, drogas, tabaco, violencia)</p> <p>Estilo de alimentación y ejercicio</p> <p>Datos familiares: cónyuge, hijos, en caso de tener.</p> <p>Datos económicos: ingresos y egresos</p> <p>Condiciones del hogar: composición de la vivienda</p> <p>Datos de localización: donde se incluyan 3 números telefónicos, dirección actualizada y correo electrónico.</p> <p>Así como un diagnostico social del paciente donde se manifieste la posición del paciente hacia su enfermedad.</p>

<p>electrónico.</p> <p>Las notas pueden ser diagnosticas, de seguimiento o de estancia prolongada.</p> <p>Dependiendo del caso a estudiar será la estructura y los datos, por ejemplo las notas de trabajo social del área de urgencias en caso de ser accidentes debe contener cinemática de los hechos, así como al especificidad de saber si es caso de medicina legal, en conjunto con los demás datos</p>	<p>También se incluirá un diagnostico social de la familia, donde se describan los siguientes datos</p> <ul style="list-style-type: none"> -CLASIFICACION FAMILIAR: -TIPO DE FAMILIA: -SUBTIPOLOGIA: -COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR: -CICLO VITAL QUE CURSA: -CRISIS FAMILIAR QUE PRESENTA: -CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA SEGÚN LAS -REGLAS AMAI. <p>También se incluirá un plan de tratamiento social, donde se describan acciones de seguimiento para la recuperación y vigilancia del estado de salud del paciente.</p> <p>Así mismo se hará referencia de la coordinación institucional que se genere si el paciente necesita apoyo especializado, e identificar las técnicas e instrumentos de trabajo social utilizados.</p> <p>Estos estudios se realizan a pacientes de programas especiales, de terapia intensiva, o de estancia prolongada, así como recién nacidos y casos especiales.</p>
--	---

4.13 Directorios institucionales y su formulación

Los directorios institucionales son una herramienta fundamental para, los trabajadores sociales en todas las instituciones, estos son una lista con una determinada estructura de datos telefónicos, ubicación, servicios que se ofrecen, y responsables para así canalizar a los usuarios a una atención especializada si así lo requieren.

Para su elaboración se sugieren los siguientes elementos:

- Nombre de la institución.
- Ubicación • Servicio que brinda.
- Requisitos para obtener el servicio.
- Horario.
- Rutas de transporte público para llegar.

Otro factor importante es la clasificación por tipo de apoyo que brinda cada institución, apoyo psicológico, jurídico, o de asistencia social, así como el acomodo por orden alfabético permitirá identificar con mayor agilidad la institución. Responsable de trabajo social de esa área, y teléfono.

Un ejemplo de estos directorios es el del Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social “SICATS” del DIF, “nace como un proyecto creado bajo la premisa de brindar una asistencia social integral al sujeto, Familias, Grupos y Comunidades en condición vulnerable, implementar redes de apoyo entre el personal de Trabajo Social de las distintas unidades participantes, facilitando la coordinación operativa y compartiendo información sobre los casos que se atienden en cada unidad y con ello también, lograr construir y mantener actualizada la base de datos de los beneficiarios de la asistencia social en el Estado de Jalisco con el propósito de evitar duplicidad en el otorgamiento de apoyo a los sujetos de la asistencia social que los promueven.”(Manual Operativo de Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social – SICATS, 2006.) Con la canalización otorgada a través de este programa, indirectamente interviene en la solución, prevención y/o disminución de las siguientes problemáticas sociales:

- Violencia intrafamiliar.
- Callejización.
- Abandono o desamparo.

- Desintegración familiar.
- Trabajo infantil.
- Explotación sexual.
- Insuficiencia alimentaria.
- Embarazo adolescente.
- Adicciones.
- Desempleo.
- Discapacidad.
- Deserción escolar.
- Rezago educativo y formativo.
- Abuso sexual.
- Suicidio.
- Migración.

Además de ser un directorio interinstitucional, también es un sistema único de canalización mediante el formato SICATS, en el que todo usuario que requiera de algún servicio o apoyo de las Instituciones incorporadas al Sistema, se canalizará a través del Formato único de SICATS, debidamente requisitado en base a la guía de llenado. Contingencias.

4.14 Redes de apoyo para la acción social en salud

Las redes de apoyo son una estructura que brinda algún tipo de contención a alguien. O bien un conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna causa.

Maguire (1980) se refirió a las “redes” como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. (Montes de Oca, 2003), por su parte Gottlieb (1983) estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos. (Montes de Oca, 2003). La identificación de las redes de apoyo en el ámbito institucional de la salud es de suma importancia ya que de esto depende en gran medida la evolución favorable del proceso de enfermedad de los pacientes.

Es muy importante que red de apoyo es más fuerte en los procesos de enfermedades crónicas para o pacientes de estancia prolongada para que no se genere un abandono de paciente.

Tipos de redes de apoyo



Fuente: Montes de Oca, 2003

Elementos de las redes



Fuente: Montes de Oca, 2003

Clasificación de la redes de apoyo	Tipos de apoyo
<p>Primarias: relaciones más próximas que establecen los integrantes de la familia lazos fuertes de unión, afecto, apoyo para la subsistencia familiar. Ejemplo hijos, hermanos, tíos, primos, padres, pareja</p>	<p>Materiales (dinero, ropa, alojamiento, comida) Instrumentales (cuidado o transporte)</p>
<p>Secundarias: Corresponde a los vínculos que las familias establecen en el contexto comunitario y social, ejemplo amigos, vecinos, clubs redes comunitarias, grupos recreativos, religiosos laborales y educativos.</p>	<p>Emocionales (afecto, preocupación, empatía) Cognoscitivos (información, consejos, experiencia)</p>
<p>Institucionales: Organizaciones conformadas derivadas de las políticas públicas y sociales para cumplir con objetivos específicos que satisfagan necesidades de la población. Ejemplo. Secretaria de salud, CNDH, ISSSTE, INAPAM, DIF, INEA, Beneficencia Pública, IMSS.</p>	

Fuente: elaboración propia

Redes apoyo en salud:

- Las redes de apoyo en situaciones de enfermedad tienen un impacto muy importante para el mejoramiento o empeoramiento del paciente.
- Se debe complementar un apoyo de red primaria cercana como la familia con un apoyo de red institucional para un desarrollo optimo.
- Si las redes de apoyo son nulas el paciente, se sentirá aislado, infravalorado y por ende caerá en depresión.

El rol del Trabajador social en las redes de apoyo:

La intervención del trabajador social como parte de la Red Institucional tiene que estar orientada a que la población usuaria logre una vida activa y saludable y que mediante actividades educativas adquieran conocimientos habilidades y actitudes de corresponsabilidad en el cuidado de su salud. Incorporar al paciente referido en grupos de autoayuda y participación social, para el fortalecimiento de su autonomía individual.

Bibliografía

- Antología. (s.f.). Obtenido de Trabajo Social en Salud: file:///C:/Users/Asus/OneDrive/Escritorio/UDS/Academias/TS%20en%20Salud/Antologia.pdf
- Cedillo, G. J. (Junio de 2020). *Trabajo social en salud: teoría y praxis innovadora*. Obtenido de file:///C:/Users/Asus/OneDrive/Escritorio/UDS/Academias/TS%20en%20Salud/Libros%20y%20documentos%20de%20apoyo/HISTORIA%20DEL%20TS%20EN%20SALUD.pdf
- Guillén, J. C. (05 de Mayo de 2014). *SciElo*. Obtenido de Compromiso laboral del trabajo social en el sector salud: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422015000100003
- LUCÍA, A. R. (28 de Septiembre de 2012). *TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD*. Obtenido de file:///C:/Users/Asus/OneDrive/Escritorio/UDS/Academias/TS%20en%20Salud/Libros%20y%20documentos%20de%20apoyo/Perfiles%20y%20competencias%20Trabajo Social_Salud.pdf
- Mendoza, M. V. (26 de Octubre de 2021). *Trabajo social en el área de salud*. Obtenido de <https://www.revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/article/view/7111>
- Reguera, J. A. (2019). *El trabajo social en el ámbito de la salud*. Obtenido de file:///C:/Users/Asus/OneDrive/Escritorio/UDS/Academias/TS%20en%20Salud/Libros%20y%20documentos%20de%20apoyo/TRABAJO%20SOCIAL%20EN%20SALUD.pdf
- Varela, D. J. (s.f.). *Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante*. Obtenido de file:///C:/Users/Asus/OneDrive/Escritorio/UDS/Academias/TS%20en%20Salud/Libros%20y%20documentos%20de%20apoyo/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf

Sugerencias de videos académicos

Trabajo Social en el Área de Salud

<https://www.youtube.com/watch?v=QhJM7QOmTR8>

Verónica

Trabajo Social en el Campo de la Salud

https://www.youtube.com/watch?v=xsKDb62g_vU

Marlon Sánchez

Trabajo Social Sanitario

<https://www.youtube.com/watch?v=efYD94IIRNE>

OUC

Linkografía

Ley del Seguro Social

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_040619.pdf

