

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

**Sistematizando la acción del trabajo social en salud**

---

**Silvia Vázquez González, Blanca Guadalupe Cid de León Bujanos**

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

**Resumen**

¿Cuáles son los programas y las acciones que desarrollan los trabajadores y trabajadoras sociales del sector salud en Tamaulipas, México? ¿Es posible identificar los elementos mínimos que permitan configurar e identificar la aplicación de modelos de intervención? Se utilizó un método de triangulación metodológica con cuestionarios y entrevistas en profundidad aplicados a trabajadores sociales que tienen más de 15 años de práctica que ejercen su función en diferentes centros de prestación de servicios de salud correspondientes a los tres niveles de atención. Los y las trabajadoras sociales atienden los problemas y conflictos de una sociedad con grandes rezagos, para hacer efectivos los derechos de la ciudadanía y trabajo social lo hace con la salud, causa y efecto de las condiciones de desarrollo y de la mayoría de los problemas sociales, a través de una práctica diversificada, intensiva y multinivel en la atención individualizada, familiar, comunitaria, organizacional y estatal, en una diversidad de contextos a través de actividades de evaluación y registro, planeación, intervención, coordinación, gestión, promoción, educación para la salud, formación y docencia. En la mayoría de los casos, la acción no es diseñada ni sistematizada configurando los componentes mínimos de un modelo de intervención, pero la acción permite inferir que trabajan con los modelos de provisión social, de socialización, cognitivo, clínico normativo, de crisis, de resolución de problemas. Con mayor frecuencia se aplican los modelos de socialización, de provisión social y de autoayuda.

**Palabras clave:** trabajo social, sistematización de la práctica, modelos de intervención social, actividades de trabajo social en salud, intervención social en salud.

Correo electrónico: [svazquez@uat.edu.mx](mailto:svazquez@uat.edu.mx) / [bcidle@uat.edu.mx](mailto:bcidle@uat.edu.mx)

---

Recibido 14-10-12 / Aceptado 01-12-14

## **Abstract**

### **Systematizing the action of social work in health**

Which are the programs and activities that social workers develop in the health sector in Tamaulipas, Mexico? Is it possible to identify the minimum elements that allow configuring and identifying the application of intervention models? A methodological triangulation method was used with questionnaires and interviews applied in social workers that have more than fifteen years of practice and make their function in different health services benefit centers corresponding to the three attention levels. Social workers serve the problems and conflicts of a society with long lags, to enforce the rights of citizenship and social work is done with health, cause and effect of growth conditions and most of the social problems, through a diversified, multilevel, intensive and individualized practice, family, community, organizational and state care in a variety of contexts through evaluation and registration activities, planning, intervention, coordination, management, promotion, health education, training and teaching. In most cases, the action is not designed or systematized by setting the minimum components of an intervention model, but the action allows inferring that works with models of social provision, socialization, cognitive, clinical normative, crises, troubleshooting. More frequently the models of socialization, social provision and self-help are applied.

**Key words:** social work, systematization of the practice, models of social intervention, social work activities in health, social health intervention.

## **Introducción**

El artículo presenta algunos resultados de la sistematización de las acciones desarrolladas por los trabajadores sociales del sector salud, como parte del proyecto "Trabajo Social y Salud. Necesidades e intervención en Tamaulipas"<sup>1</sup>, cuyo objetivo principal es conocer bajo un enfoque de "modelos de intervención" la actuación profesional que los trabajadores sociales desempeñan en el sector salud, como mecanismo de atención a las variables sociales que inciden en la salud de la población.

Desde la perspectiva de los modelos la intervención la práctica de trabajo social demanda de:

1.- Un posicionamiento filosófico y teórico acerca de la realidad social, de los fines del trabajo social, de la causalidad de los problemas sociales.

2.- Un diagnóstico producto de la aplicación de procesos de investigación científica, para conocer las necesidades de intervención, las variables y/o categorías implicadas, sus relaciones.

3.- La elección de un modelo de los ya sistematizados, la adopción de una posición ecléctica que combine elementos de varios modelos de manera coherente, la adopción de un modelo complementado con otro, o el diseño de una configuración inédita de sus componentes en el diseño de un nuevo modelo.

---

<sup>1</sup> Proyecto del Cuerpo Académico Vulnerabilidad e Integración Social. UAT-CA-83. Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en México.

4.- La fundamentación del modelo, que incluye una revisión teórica de enfoques y perspectivas y de lo que han hecho otros trabajadores sociales para responder a necesidades semejantes, de las variables intervinientes que se ha demostrado que pueden alterar el desarrollo y los mecanismos aplicados para evitar que se afecte el logro de los objetivos, de los métodos que han aplicado con éxito y los resultados obtenidos.

5.- Diseñar la intervención, lo que implica plantear la estrategia, lo que se espera y cómo se pretende lograr, bajo qué principios éticos y operativos, métodos y técnicas.

6.- Especificar los elementos relacionados con la gestión, la supervisión y la sistematización, lo que implica el diseño organizacional, los procedimientos para el soporte y apoyo del recurso humano en el desarrollo de las tareas y la sistematización para la reconstrucción práctica de la experiencia en su tiempo y espacio.

7.- La definición de un modelo e indicadores de evaluación y su aplicación. (Vázquez, 2014).

Por lo anterior y como se indica en el componente número 6, una de las competencias básicas del equipo de trabajadores sociales es su capacidad para recabar, analizar y sistematizar la información del trabajo cotidiano en las diferentes etapas del desarrollo del modelo.

Para sistematizar, Jara (2002) propone reconstruir lo que sucedió, ordenar los diferentes elementos objetivos y subjetivos que intervinieron, comprender e interpretar los procesos y obtener las lecciones que aporta el desarrollo del trabajo en la práctica concreta, para lo cual es importante no sólo describir y reconstruir, sino interpretar críticamente lo que sucedió, por qué sucedió, y enriquecer la reflexión teórica con los conocimientos que aporta la práctica en el aquí y ahora, lo que permitirá el apoyo de prácticas futuras; también señala que como proceso abarca cinco tiempos: el punto de partida, las preguntas iniciales, la recuperación del proceso vivido, la reflexión de fondo y los puntos de llegada.

Por la importancia de la vivencia de la experiencia, las estrategias de acercamiento a la realidad son "desde y con los y las trabajadoras sociales", por lo cual se trabajó en reuniones con el personal de trabajo social de la Secretaría de Salud del Estado mexicano de Tamaulipas con motivo de un evento de formación, así como en espacios de la universidad, donde se realizaron las entrevistas en profundidad.

Las preguntas generadoras del proceso de sistematización fueron: ¿Cuáles son las necesidades de intervención social para la atención de la salud humana en las diversas áreas de actuación del trabajo social? ¿Se realiza fundamentación teórica? ¿Se especifican los objetivos de la intervención, los métodos, la organización y los mecanismos de evaluación? ¿Cuáles son los modelos de intervención predominantes para la atención de las variables sociales que inciden en la salud de la población? ¿Cuáles son las actividades que realiza?

Se pretendía recuperar la experiencia reconstruyéndola en forma ordenada ya que como señala Ariño (2009:34) "sólo con ese proceso de deconstrucción se puede iniciar una reconstrucción favorable al cambio".

## **Método**

El proyecto utilizado tiene un diseño mixto, con observación participante, entrevistas en profundidad y la aplicación de 59 cuestionarios.

Los sujetos de la investigación fueron las trabajadoras sociales que tienen más de 15 años de práctica, que laboran en la Secretaría de Salud (SS) del Estado de Tamaulipas, ubicado en el noreste de la república mexicana. Todas han tenido funciones operativas en su vida profesional, mientras que otras, además han desempeñado funciones de dirección y supervisión. La muestra fue del 25%.

La observación participante se realizó al interactuar como parte del equipo de coordinación y de docencia, posteriormente se realizaron ocho entrevistas en profundidad de manera secuencial en sesiones de análisis semanal, lo que permitió recuperar la experiencia. Con las categorías consensadas obtenidas de la revisión teórica y del discurso de las participantes se diseñaron los ítems de un cuestionario, el cual fue piloteado y posteriormente aplicado en sesión conjunta.

El análisis cuantitativo fue realizado a través del software SPSS 17.

Una parte muy importante de la recuperación del proceso fue la experiencia del análisis y discusión de los datos observados y su contrastación con la teoría, en sesión de pequeño grupo con el equipo de investigación. Los resultados han sido objeto de análisis para construir puntos de llegada que se conviertan en iniciativas de mejora de los procesos.

## **El trabajo social en el sector salud**

La prevención de la enfermedad y la mejora de las condiciones de salud han formado parte de la agenda de la profesión desde sus orígenes. En la actualidad la salud constituye un sector de intervención en consolidación, orientado al análisis de las variables sociales que afectan la práctica de estilos de vida saludables y la salud pública, así como la intervención en primero, segundo y tercer nivel, tanto en acciones específicas de trabajo social como participando en actividades de apoyo en equipos multi e interdisciplinarios como parte de una atención integral.

La Ley General de Salud en México (1984), establece que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidades el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, la protección y acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social, la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza, la investigación científica y tecnológica para la salud; ordenamientos que contribuyen a una teleología y axiología de las profesiones en este sector.

El trabajo social en salud participa en una diversidad de programas y desarrolla un conjunto de acciones establecidas en la norma como materia de salud, como la planeación, organización, coordinación, control y evaluación de la prestación de algunos servicios de salud, el análisis de las variables sociales que

inciden en la salud y la enfermedad y la intervención a través de apoyo social en la atención médica, en la atención materno - infantil, planificación familiar, salud mental, rehabilitación; la generación de información para la salud, la educación para la salud, orientación nutricional, prevención de efectos nocivos del ambiente en la salud, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la asistencia social a grupos vulnerables, la prevención de las adicciones entre otras, donde han innovado funciones tradicionales e incursionado en otras emergentes abriendo áreas de especialización, sin embargo, existe escasez de sistematizaciones, de rescate de las "buenas prácticas" y de producción científica que contribuya a dar soporte a la intervención social y contribuya a una formación profesional más vinculada con el sector.

### **El contexto**

Como señala Payne (1988), el trabajo social se construye socialmente, construye su práctica y su teoría de acuerdo al contexto sociocultural de los elementos participantes, por lo cual es relevante señalar que Tamaulipas está ubicado en frontera con Estados Unidos, con costa del Golfo de México al oriente, al poniente colinda con el Estado de Nuevo León. Como el resto del país, Tamaulipas presenta grandes contrastes y desigualdad socioeconómica, es un paso permanente de migrantes, algunos de los cuales han sobrepoblado las ciudades fronterizas cuyas necesidades de servicios exceden la oferta disponible. La inseguridad y sus efectos han afectado la morbilidad, las interacciones sociales y la confianza del ciudadano en sus gobernantes y en el prójimo, que además es vulnerable a eventos climáticos como los huracanes.

El diagnóstico del Plan Estatal de Desarrollo 2011 - 2016 de Tamaulipas, señala un incremento en la población de adultos mayores y sus patologías, el escalamiento en la incidencia de la obesidad, diabetes mellitus, enfermedades del corazón, cáncer, adicciones, salud mental y la persistencia de accidentes, VIH/SIDA, influenza y dengue.

La evolución de la morbilidad regional han transformado las demandas sociales y las respuestas de la profesión, contextualizadas y construidas históricamente, condicionando el dónde, con qué y con quiénes, cuándo y para qué de la práctica profesional.

En este esfuerzo de sistematizar, también es importante pensar desde las instituciones formadoras profesionales del trabajo social, que en Tamaulipas se realiza desde hace 57 años, tiempo en el cual se ha transitado de la carrera técnica de trabajador(a) social (de 1957 a 1972), posteriormente integrando el bachillerato y la licenciatura en Trabajo Social con duración de 12 semestres y una salida lateral como técnico al 8º semestre. A partir de 1998 se ofertó la licenciatura estableciendo como prerrequisito el bachillerato y en el 2000 la maestría en Trabajo Social con especialidad en orientación familiar. Los perfiles se han modificado de una visión de asistencia social hasta la búsqueda del diseño de modelos de intervención, promotores del cambio social, de los derechos de la ciudadanía y de las políticas sociales.

## **Enfoques y modelos**

La intención de sistematizar la experiencia de la práctica del Trabajo Social para conocer los modelos de intervención la encontramos en trabajos como el de Carballeda, Barberena, Balzziti, Mendoza y Capello (2002) o en el de Barrera, Malagón y Sarasola (2011) centrado en Trabajo Social y Migración, sin embargo, la tendencia general de las publicaciones es el análisis de la aplicación o construcción de un modelo a un cierto grupo de necesidades concretas ej. la salud mental.

Existen diversos enfoques para analizar el trabajo social que se desarrolla en el sector salud, que van desde los de tipo clínico hasta los críticos. Los primeros enfatizan el diagnóstico psicosocial de la problemática relacionada con el proceso de salud – enfermedad, para lo cual se realiza el estudio y tratamiento a nivel individual, familiar y sanitario (Mondragón y Trigueros 1999:74), para los segundos, los problemas de salud son producto de las desigualdades sociales, por lo cual las intervenciones deben ser estructurales, generando cambios que impacten en una mejora de los indicadores sociales y por ende en los de la salud.

La incorporación de los modelos aplicables en Trabajo Social en la formación profesional en Tamaulipas en una primera etapa fue introducida con los aportes de autores como Natalio Kisnerman (1989) o Ricardo Hill (1986), para posteriormente profundizar con Payne (1995), Escartín (1992), Du Ranquet (1996), o con desarrollos específicos de un modelo como el de comunicación – interacción de Satir (1983), la ayuda bajo en enfoque socioconductista de Thomas (1983) o el sistémico con Campanini y Luppi (1991). De manera más reciente los trabajos de Carballeda (2006), Viscarret (2007), Castro y Chávez (2010), Fernández y López (2006), Segado, del Fresno y López (2013).

## **Resultados**

De acuerdo a lo que señala el documento denominado “Plantilla de Personal por tipo de Unidad Médica” el trabajador social está considerado dentro del grupo denominado “paramédico” y sus actividades están consideradas como complementarias al trabajo de los médicos. El 100% del personal encuestado son mujeres, casi un 80% posee una relación laboral de base, lo que otorga seguridad en su trabajo, el 56% tiene plaza del Estado y el resto de tipo federal. El campo de acción del 88% son las localidades urbanas.

El 16.9% del personal encuestado labora en primer nivel de atención a la salud, 49.2% en segundo y 32.2% en el tercero. El ámbito de actuación predominantemente es intramuros y sólo en un 6.8% se desarrollan actividades en varios municipios, mientras que en el 5.1% del trabajo de las encuestadas la cobertura es estatal. En el 88.1% de las dependencias donde laboran las trabajadoras sociales encuestadas existe una unidad de trabajo social, en el 85% sus funciones de TS están especificadas en el manual de organización; en un menor porcentaje existe manual de procedimientos. Casi un 80% menciona participar en diversos eventos de capacitación cada año

Con respecto al salario, hasta el año de 1999 las y los trabajadores sociales percibían un ingreso correspondiente al del personal técnico. Después del proceso de profesionalización que se llevó a cabo a nivel nacional y estatal, el personal tuvo la oportunidad de que se le reconociera el nivel de licenciatura en trabajo social, percibiendo a partir de ese momento un ingreso mayor, aunque el personal federal

tiene mejor salario y prestaciones que el personal con base estatal. A partir del mismo año se incluyó al personal de trabajo social en el programa de estímulos a la calidad del personal de salud, el que evalúa el desempeño del profesionista, permitiéndole recibir un estímulo económico a quien cumple con los requisitos y alcanza la calificación requerida.

Si referimos como ejemplo algunos de los programas en los que participa, uno de ellos es el de prevención y control del VIH que se desempeña en el Módulo de atención especializada en SIDA (MAES). Trabajo social tiene como funciones específicas el asegurar la confidencialidad del estado serológico de los usuarios, promover y respetar los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS), promover la atención integral y de calidad, proporcionar un servicio integral que incluye los de salud mental, cuidados paliativos y tanatología. Se tiene una coordinación intersectorial con las diversas instancias para la atención de los usuarios, se lleva un control, seguimiento y monitoreo de todos los casos de SIDA, se brinda información básica sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS) a la población abierta, programas de prevención de ITS/VIH promoviendo el uso del condón, distribuye material informativo a usuarios, organiza y participa en actividades educativas dirigidas a familiares y amigos de PVVS, colabora y participa en la integración y funcionamiento de grupos de autoayuda para PVVS, colabora en el envío de notificaciones y estudios epidemiológicos, seguimiento de casos y rastreo de contactos, promover el apego y adherencia al tratamiento de antirretrovirales, fortalecer la autoestima, promover la espiritualidad y fomentar la fe. Con el apoyo de consejería en VIH/SIDA, participa en la capacitación de trabajadores de la salud en el manejo de la exposición ocupacional al VIH/SIDA en base al protocolo de evaluación y tratamiento, ofreciendo consejería post-exposición. La intervención de trabajo social en este ámbito es de suma importancia, desde el primer contacto con el usuario. La empatía y sensibilidad del trabajador son puntos claves que permiten un mejor abordaje de cada caso específico al transmitir confianza, seguridad y proporcionar información clara y precisa, ya que de ese primer contacto dependen condiciones de apoyo al usuario, como el rastreo de contactos, la aceptación del caso, el apego y adherencia a tratamiento. Se promueve la participación en grupos de auto apoyo, el fomento del auto cuidado de su salud, la responsabilidad en la prevención y una mejor calidad de vida,.

En los Servicios de Hospitalización, la función del trabajador social en los servicios a estos pacientes está encaminada hacia una atención oportuna y de calidad, el trato digno del paciente, el respeto de sus derechos humanos, promoviendo la no discriminación incluso dentro de la misma institución y la familia del usuario, el apoyo en gestiones administrativas, traslados institucionales y conseguir apoyos en ayuda o especie coordinando acciones con organizaciones no gubernamentales.

Otro programa es el de "salud mental", que está estructurado en una red de servicios a la población a través de 32 módulos en el Estado, el de salud del adulto y del anciano, en donde se incluyen los programas de diabetes y el de riesgo cardiovascular o el de envejecimiento. También participa en otros programas como PALIAR, en atención a los enfermos terminales y sus familiares, violencia familiar, sexual y equidad de género en salud, en donde corresponde al trabajador social identificar y valorar el grado de riesgo existente en los usuarios afectados por

violencia familiar, durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalizados y en otros servicios comunitarios, observando algunos indicadores ej. de los menores como la higiene personal deficiente, talla baja, bajo rendimiento escolar, niño no deseado o aceptado por sus padres, lesiones antiguas, desnutrición, vacunas incompletas, retardo en la solicitud de atención médica, antecedente de maltrato en uno de los padres, convivencia conflictiva con padrastro o madrastra, alcoholismo y/o consumo de sustancias, también interviene en la clínica de atención integral del maltrato infantil y su actuación está acorde a lo que señala la NOM 190 SSA1 1999 "criterios para la atención integral del maltrato infantil", en donde se especifican las acciones de prevención primaria al actuar sobre las causas que genera el maltrato; las de prevención secundaria, a través de la detección y tratamiento precoz de casos de maltrato; o de prevención terciaria para reducir la gravedad y proporción de las secuelas. Además interviene en el programa seguro popular y sigamos aprendiendo en el hospital, entre otros.

### **Investigación de las necesidades y diagnóstico**

La intervención se diseña a partir de la identificación de necesidades, lo cual no es posible sin la aplicación de procesos de investigación. En el estudio se planteó una serie de preguntas relacionadas con las distintas categorías de análisis, pidiendo contestaran sólo si existían evidencias documentales. Para esta comunicación se decidió presentar los resultados cuantitativos de las respuestas "siempre" o "frecuentemente" ya que ello al mismo tiempo muestra las prioridades que se establecen en las actividades y las omisiones.

La investigación se realiza a través de un conjunto de acciones: Obtención de los datos iniciales sobre la situación del usuario que constituye el primer acercamiento o investigación preliminar 93.2%, planteamiento de objetivos de la investigación descriptivo/explicativa 53,5%, planteamiento de hipótesis o supuestos acerca de los aspectos que inciden en la situación del usuario 39%, descripción de los procesos, del método aplicado para conocer las necesidades de intervención 48%, método (tipo de investigación, a quienes se dirigió, proceso, técnicas, instrumentos de registro), descripción del tipo de investigación que se realizó 37.3%, caracterización de los sujetos de la investigación 37.3%, descripción de las técnicas utilizadas 35.6%, instrumentos de obtención y registro de los datos 47.5%, resultados de la investigación 45.2%, identificación de áreas de oportunidad 57.6%, identificación de aspectos centrales de interés 61%, diagnóstico situacional de necesidades y problemas 89.7%, identificación de las capacidades y recursos de la población usuaria para hacer frente a sus problemas y conflictos 66.3%, identificación de posibles conflictos y obstáculos a la intervención 62.7%, representación gráfica del diagnóstico que representa las variables/categorías y su relación con las necesidades, problemas, obstáculos y conflictos del usuario 39.6%.

Uno de los determinantes y condicionamientos básicos de las necesidades de los usuarios es la situación socioeconómica, por lo cual en la encuesta se les pidió señalar la condición económica predominante de los usuarios de los servicios, a lo cual contestaron que el 22.8% es de pobreza extrema con grandes carencias económicas y sociales, 21.1% es de pobreza moderada, sólo con algunos tipos de carencias que los ubican en algún tipo de pobreza, para el 11.9% sus usuarios tienen satisfacción mínima pero integral de las necesidades, 16.9% situación



socioeconómica media baja, el 22% atiende usuarios de todo tipo de situación socioeconómica.

### **Los modelos de intervención**

Los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos indican que en los procesos que aplican las y los trabajadores sociales no se identifica el diseño de modelos de intervención, que los fundamentos teóricos de la intervención están representados por aquellos que formaron parte de los contenidos de las asignaturas del plan de estudios al cursar la carrera, de los eventos de educación continua y de auto aprendizaje, pero estos en la mayoría de los casos no están explicitados en documentos orientadores de su práctica diaria, ni existen para los casos típicos o que constituyen la regularidad.

El equipo de investigación, al analizar la práctica encontró que las necesidades dan lugar a la aplicación de modelos de atención individualizada y familiar, de grupos y de comunidad y están aplicando algunos, como el socioeducativo y de autoayuda con grupos de pacientes que presentan obesidad, diabetes e hipertensión arterial. En atención individualizada y familiar la acción permite inferir que trabajan con los modelos de provisión social, de socialización, cognitivo, clínico normativo, de crisis, de resolución de problemas, sin embargo, no existe planeación del modelo, ni la sistematización de las etapas del proceso de la intervención profesional. Las cifras más altas obtenidas con el cuestionario, las tienen los modelos de socialización 69.5%, de provisión social 62.7% y de autoayuda 61%.

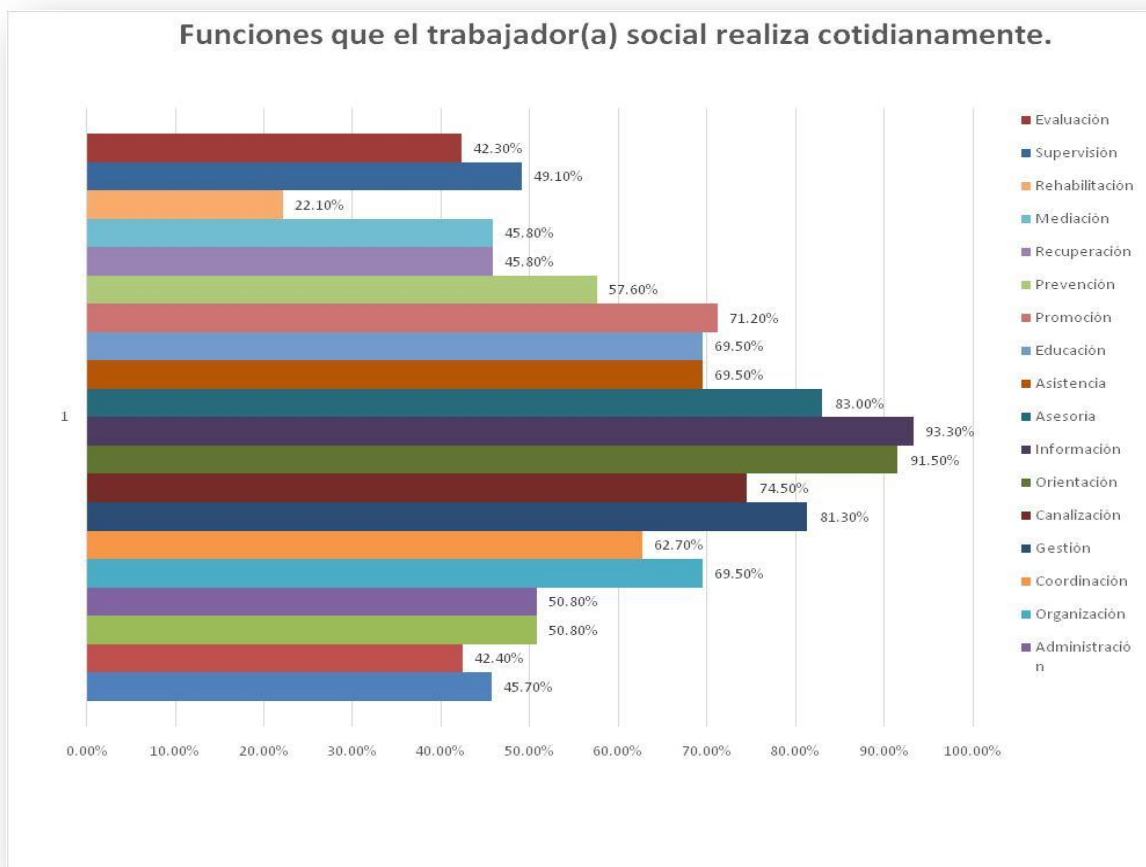
Con relación a los diferentes aspectos susceptibles de revisión teórica para fundamentar la intervención, se encontró que sólo 41.6% siempre o frecuentemente realiza fundamentación de la intervención exponiendo las necesidades y problemática en su relación con sus derechos ciudadanos, 29.8% explicita el enfoque teórico, 22.1% realiza revisión de métodos de intervención utilizados en situaciones semejantes, 44.8% realiza una revisión de la teoría relacionada con aspectos funcionales que debe atender la intervención, como la organización administrativa, el trabajo en equipo, la delimitación de funciones, la coordinación profesional y sólo 16.1% considera que realiza citas documentales de manera correcta.

En general no se trabaja bajo la perspectiva de modelos, pero sí se interviene de manera intensiva. La respuesta ante las múltiples necesidades es una diversidad de funciones de intervención, predominando en la práctica la aplicación de la dinámica necesidad – intervención.

Con el termino intervención se alude a la participación profesional del trabajo social en la implementación de la política social, actuando con las personas, grupos y comunidades en la atención de las necesidades, problemas, conflictos y obstáculos, aplicando un conjunto de actividades técnicas y organizadas, activando los recursos internos y externos, los de la persona, la familia, el sistema de salud y en ocasiones con el apoyo de otros sistemas de protección social.

Es relevante identificar las funciones que realiza, la mayoría se muestran en la figura N° 1 y las que se realizan con mayor frecuencia son la información (93.3%), orientación (91.50%), asesoría (83%), gestión (81.3%) y canalización de usuarios (74.5%).

**Figura N° 1**



Fuente.- Elaboración propia.

Las tablas de actividades (números 1 al 4) pretenden mostrar las acciones de mayor frecuencia, aquellas que constituyen la cotidianeidad laboral en este sector de intervención. Resulta sorprendente el listado de funciones específicas que varían de acuerdo a la especificidad de los programas, en los cuales es posible identificar regularidades, por ejemplo ocupan una frecuencia mayor al 70% la sumatoria de "muy frecuentemente" y "frecuentemente": la orientación a los usuarios sobre los requisitos y trámites a realizar para la obtención de un servicio 81.3%, la orientación para recibir apoyo de algún programa específico 76.2%, establecer enlace paciente-médico-familia 74.6%, información sobre la importancia de la coordinación en el apoyo de la familia para la recuperación del usuario o paciente 72.8%, apoyo a la familia para la realización de trámites administrativos 71.2%.

Las posibilidades de agrupación de las actividades son variadas. En esta comunicación se han elegido algunas funciones como ejes de organización de las mismas, como aquellas relacionadas con investigación, diseño, intervención directa con los usuarios, formación y capacitación, evaluación y administración.

**Tabla N° 1. Actividades de investigación**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MF %</b>	<b>F %</b>
Investigación documental de la normativa internacional aplicable a la actuación profesional del TS.	3.4	6.9
De la política social	3.4	16.9
De la política social en materia de salud.	6.8	25.4
De la legislación y marco legal aplicable a las acciones profesionales en la dependencia.	3.4	23.7
De las variables sociales que inciden en las necesidades y la problemática que afecta la salud integral de la población destinataria de los servicios de la dependencia.	5.1	20.3
De las variables sociales que inciden en las enfermedades de mayor incidencia en la comunidad o la región.	5.1	23.7
De carencias comunitarias bajo en enfoque de los derechos de la ciudadanía.	6.8	13.6
Diseño de proyectos de investigación socio médica.	5.1	11.9
Elaboración del diagnóstico situacional de la población del área de responsabilidad	13.6	22
Diagnóstico social individualizado.	30.5	18.6
Diagnóstico de grupos con necesidades y problemas comunes.	11.9	23.7
Detectar causas de (des)apego al tratamiento	35.6	13.6
Realizar estudios para determinar apoyos en servicios de la dependencia.	47.5	11.9
Realización de entrevistas	50.8	13.6
Desarrollo de proyectos de investigación socio médica	8.5	6.8
Elaborar historia social del paciente	42.4	18.6
Realizar estudio socioeconómico.	29.3	11.9
Visita domiciliaria para obtención/validación de datos de investigación	15.3	22
Efectuar recorrido diario a salas hospitalarias para detectar necesidades socio médicas de los pacientes	40.7	11.9
Análisis cualitativo del discurso.	15.3	18.6
Análisis estadístico de datos cuantitativos	15.3	18.6
Elaborar resumen social en caso necesario	22	27.1
Aplicar encuestas de satisfacción a los usuarios para evaluar el servicio otorgado.	15.3	5.1

MF.- Muy frecuentemente F.- Frecuentemente

Fuente.- Elaboración propia

Participan en el *diseño* de proyectos de intervención (27.1%), de modelos de intervención (20.3%), de estrategias y materiales para la conducción de grupos socioeducativos orientados al aprendizaje de estilos de vida saludables (19.4%), de contenidos para la elaboración de carteles, trípticos y similares (30.6%) o para recursos multimedia (17%), así como el diseño y elaboración de periódico mural 30.6% y de material alusivo a diversas temáticas para realizar promoción de la salud (28.8%).

Se sabe que la práctica directa con los usuarios es multipropósito, que responde a las necesidades del usuario, en la cual se realizan de manera simultánea actividades de información, asesoría, orientación y promoción, por lo cual la siguiente tabla de resultados ha sido organizada por propósitos didácticos.

**Tabla N° 2. Actividades realizadas en la práctica directa con los usuarios de los servicios**

Actividades	MF %	F %
<i>Información:</i>		
Sobre derechos ciudadanos y derecho a la salud.	16.9	33.9
Sobre los derechos y obligaciones del paciente/usuario.	20.3	33.9
Sobre el procedimiento o procedimientos de trabajo social.	18.6	35.6
Sobre la problemática que presenta el usuario o paciente a los familiares.	39	22
Sobre la problemática que presenta el usuario o paciente a otras áreas de la dependencia.	39	27.1
Sobre la importancia de la coordinación el apoyo de la familia para la recuperación del usuario o paciente	54.2	18.6
<i>Asesoría:</i>		
Sobre la búsqueda de alternativas que permitan la satisfacción de necesidades	30.5	30.5
Sobre el uso de sus derechos	28.8	22
A familiares sobre servicios de inhumación de bajo costo o gratuitos	18.6	11.9
A las víctimas de violencia familiar y/o tutor sobre procedimiento para la atención legal del caso.	11.9	20.3
A los familiares del recién nacido para el registro de su nacimiento.	25.4	10.2
Sobre reorganización en la dinámica familiar	16.9	20.3
De la mejor utilización de los recursos familiares existentes en beneficio de la recuperación del usuario o paciente	25.4	27.1
Mediación en la dinámica familiar	16.9	28.8
<i>Orientación:</i>		
A los usuarios sobre los servicios que proporciona la institución	50.8	25.4
Sobre los requisitos y trámites a realizar para la obtención de un servicio.	57.6	23.7
Para recibir apoyo de algún programa específico.	55.9	20.3
Sobre requisitos para donación de sangre.	27.1	20.3
Sobre los requisitos para una subrogación de servicio (IMSS, ISSSTE, Seguro escolar)	44.1	18.6
Sobre presupuestos de procedimientos a realizar (costo de la cirugía, algún procedimiento o estudio a realizar)	39	10.2
Sobre el apoyo que ofrecen organismos gubernamentales y no gubernamentales	47.5	18.6
Sobre los trámites a seguir en aspectos de tipo legal	33.9	16.9
Sobre auto cuidado de la salud.	32.2	22
A la familia para la realización de trámites administrativos.	45.8	25.4
Apoyo emocional a la familia	39	23.7
<i>Promoción:</i>		
De los derechos de los usuarios.	27.1	20.3
Responsabilidad en la planeación, coordinación y evaluación de campañas de promoción de la salud intramuros.	8.5	5.1
Responsabilidad en la planeación, coordinación y evaluación de campañas de promoción de la salud a nivel comunitario.	6.8	6.8
Instalar periódicos murales para promoción de la salud	10.2	8.5
De programas de apoyo al empleo de los usuarios.	20.3	3.4
Actividades de participación comunitaria para el mejoramiento de la salud pública.	8.5	10.2
Colaboración en campañas de información y sensibilización comunitaria. A nivel operativo.	13.6	3.4

MF.- Muy frecuentemente F.- Frecuentemente

Fuente: Elaboración propia

Se desarrollan actividades que implican una relación profesional con colegas dentro de la misma dependencia, con otras del sector o con otros sectores como el asistencial o el educativo. Las actividades de gestión, coordinación, formación y capacitación son diversas y en ellas destaca la gestión para obtener apoyo para la provisión de medicamentos y la coordinación institucional.

**Tabla N° 3. Gestión y coordinación**

<b>Actividades</b>	<b>MF %</b>	<b>F %</b>
<i>Gestión:</i>		
Para obtener apoyo para la provisión de medicamentos.	33.9	16.9
De servicios en el ámbito de la propia dependencia.	27.1	10.3
De recursos y/o servicios de otras dependencias.	16.9	22
Administrativa y de organización	15.3	23.7
Para el ingreso de pacientes en albergues y casas hogar	15.3	15.3
De inhumación gratuita en los casos de pacientes "no identificados"	8.5	5.1
<i>Coordinación:</i>		
Institucional.	23.7	27.1
Del equipo multidisciplinario orientada a casos concretos.	25.4	20.3
De grupos de ayuda mutua	8.5	20.3
Con personas, asociaciones civiles o fundaciones para la recaudación de recursos económicos o materiales.	11.9	22
De equipos de trabajo social.	13.6	8.5
De otros profesionales.	16.9	13.6
De acciones enfocadas al desarrollo del sistema de referencia y contra referencia	18.6	15.3
Participar en la coordinación con el núcleo básico de su jurisdicción en la organización y participación del comité local de salud.	8.5	6.8

MF.- Muy frecuentemente F.- Frecuentemente

Fuente.- Elaboración propia

Otras funciones de intervención, que enfatizan una orientación o modalidad específica del trabajo son la mediación, la atención a la familia en situación de crisis (45.8%), la visita domiciliaria en acciones de intervención para la mejora de las condiciones de salud (30.6%), el apoyo emocional a la familia (62.7%), el seguimiento intrahospitalario de los casos (42.3%), la conducción del proceso para que la familia defina la problemática a trabajar en el ámbito familiar para el mejoramiento de las condiciones del usuario de trabajo social (44%) y el seguimiento de los procesos hasta el alta social (no el alta médica).

Con relación a la *formación y capacitación*, trabajo social participa siempre o frecuentemente en la organización de actividades de formación de trabajadores sociales (23.8%), en el fomento de las relaciones humanas en el personal de trabajo social en beneficio de los usuarios (37.3%), en acciones de capacitación (37.3%), en inducción al puesto para personal de trabajo social de nuevo ingreso (33.8%), en la supervisión de trabajadores sociales (22.1%) y en la formación de estudiantes de prácticas (22.1%). Realiza actividades de *evaluación* de proyectos propios (17%), de la integración de los componentes del equipo orientado a la tarea y medición (18.7%) y análisis de la productividad del personal de Trabajo Social (18.6%).

**Tabla N° 4. Administración**

<b>Actividades</b>	<b>MF %</b>	<b>F %</b>
Validación de la derechohabencia de pacientes (Seguro Popular, UPYSSET, otros)	37.3	10.2
Elaborar registro del seguimiento del paciente en notas de trabajo social	49.2	10.3
Planificación de actividades de intervención.	20.3	20.3
Determinar la contribución económica a pagar a la dependencia.	28.8	18.6
Establecer enlace paciente-médico-familia	59.3	15.3
Realizar llamadas telefónicas para localización de familiares	55.9	15.3
Elaborar por escrito la notificación de lesiones a la autoridad competente.	37.3	8.5
Hacer la notificación de casos para procesos legales.	35.6	10.2
Elaborar alta voluntaria (Cuando el paciente decide no recibir tratamiento)	37.3	10.2
Concertación de citas para la realización de estudios extra hospitalarios	30.5	15.3
Facilitar, tramitar, proveer servicios de ambulancia.	20.3	25.4
Realizar apoyo a trámites funerarios.	22	13.6
Proveer otros elementos materiales	13.6	8.5
Elaborar y entregar el pase especial para que los familiares de los pacientes tengan acceso al área de hospitalización fuera del horario establecido.	28.8	11.9
Realizar el registro de la intervención en el diario de campo	23.7	20.3
Derivaciones/canalizaciones.	52.5	8.5
Uso de recursos multimedia en la intervención.	5.1	13.6
Uso de sistemas informáticos específicos para registro de casos en TS.	18.6	13.6
Uso de sistemas informáticos para el seguimiento de la intervención social.	16.9	6.8
Realización del informe social.	30.5	22
Realizar informe de la actividad diaria y mensual.	49.2	15.3
Hacer el registro de las actividades diarias.	52.5	10.2
Recabar el censo diario de pacientes.	39	10.2
Verificar que el paciente sea recibido en la unidad de referencia	18.6	11.9
Realizar el seguimiento sobre el formato de referencia para que el médico elabore la contrarreferencia al ser dado de alta el paciente	27.1	11.7
Aportación al departamento o servicio de oportunidades de mejora.	18.6	13.6

MF.- Muy frecuentemente F.- Frecuentemente

Fuente.- Elaboración propia.

### **Discusión de Resultados**

Los resultados indican elementos de la recuperación de los procesos de actuación profesional, que pueden mirarse desde diferentes perspectivas y dar lugar a muchos elementos de reflexión, de los cuales se rescatan: la orientación de

la práctica, las determinantes relacionadas con el Estado, su importancia en la evaluación de la política social integral, su vinculación con todas las áreas, las dificultades para configurar la práctica bajo el enfoque de modelos de intervención, la saturación de funciones profesionales y subprofesionales, su reconocimiento profesional, el enlace de lo local y lo global, la innovación, la formación profesional entre otros.

Los datos confirman en el sector salud una práctica diversificada, multinivel e intensiva dirigida a hacer efectivo el derecho a la salud, apoyando en la provisión de un conjunto de servicios para hacer efectivos los propósitos de la política de salud establecida en la normativa nacional e internacional. El TS en salud además se encuentra en permanente interrelación con otros sectores de intervención como el asistencial, el jurídico, escolar y de servicios municipales.

En la práctica profesional se identifica una superposición de orientaciones, la asistencial, la paramédica, de servicios de protección social; de prevención o reparación, de servicios de carácter universal y focalizados, todo ello relacionado principalmente con los cambios del Estado que intenta garantizar el derecho a la salud para todos en condiciones de calidad e igualdad, el presupuesto asignado al sector, las transformaciones neoliberales que en la práctica dan lugar a segmentos diferenciados, en el cual ciertas condiciones económicas y sociales generan diferentes mecanismos de acceso, calidad y retribución por los servicios de salud.

La interrelación de la salud con variables sociales como la provisión de servicios básicos, la alimentación, el trabajo y el ingreso, las condiciones ambientales y otras puede contribuir a realizar un seguimiento, desde el trabajo social, del impacto de las condiciones macroeconómicas y las políticas sociales, en sus efectos en los sistemas micro sociales, y más que en la enfermedad, en los obstáculos al objetivo de lograr cambios hacia estilos de vida saludables en todas las personas, de todas las edades, en las familias, en las escuelas, en el trabajo, en la comunidad.

En trabajo social de salud existe una saturación intensiva de actividades profesionales y para profesionales que unido a otros factores, contribuye a déficits en la configuración de la acción con los componentes de los modelos de intervención, en la elaboración de protocolos que den cientificidad a la generación de los conocimientos con la práctica, en la fundamentación teórica de la intervención, en la sistematización y en la publicación de productos académicos; esto no significa un conflicto en la percepción de los trabajadores sociales, debido a la permanente práctica directa en la atención de las necesidades de los usuarios.

Se constata que al trabajador social se le asignan muchas funciones sub/profesionales que no forman parte del claro perfil específico de otras profesiones como el del médico(a) o del enfermero(a) y que se asignan a las y los trabajadores sociales aunque no formen parte del su perfil al ser consideradas necesarias para la organización, por desconocimiento y por la tendencia general de adjetivar como social todo lo que convenga a las organizaciones. También se identifican tensiones y obstáculos, en el acceso a posiciones laborales, con todos los aspectos que implica el reconocimiento del grado y posgrado en trabajo social. Durante décadas, especialmente de manera posterior a la constitución de la carrera con grado de licenciatura, el trabajo social ha expresado en diferentes frentes su lucha por la mejora en sus condiciones de trabajo y de reconocimiento profesional,

lo que a pesar de su contribución, evidente en esta comunicación, no se ha logrado al nivel de otros profesionistas del sector.

Para Cardona y Campos (2009), el nexo entre la teoría, demandas de los clientes y la operacionalización de los modelos descansa sobre la formulación del contexto de intervención. En este marco, los servicios de los y las trabajadoras sociales de la salud se "constituyen en el macro contexto organizacional en el cual se desarrollan contextos de intervención" (Cardona y Campos, 2009:5) y se identifican todos los contextos específicos enunciados por los autores de referencia, como el informativo, el de asesoramiento, clínico, de evaluación, de formación, de control, de mediación.

Al encontrar que los marcos de referencia internacional para la práctica de la profesión son relevantes para una mínima proporción de los trabajadores sociales, se muestra que aún con los avances en las tecnologías de la información y la comunicación, la comunidad profesional supranacional de trabajo social y afines no es muy relevante en el ámbito de la práctica local, lo cual resta oportunidad de comunicación e intercambio disciplinar, de participación en lucha global por ideales sociales y profesionales comunes.

El trabajo social, quizá más que otras profesiones, se construye localmente y aunque un objetivo del trabajo social es el rescate de los saberes locales, todavía es necesario reforzar procesos para incorporar el conocimiento, las mejores prácticas, las innovaciones y la normativa internacional, participando en la discusión internacional, replicado y produciendo conocimiento a través de la investigación científica, la reflexión y la producción teórica sobre la práctica, acortando el tiempo en el cual el conocimiento disciplinar se incorpora a los procesos de formación, a la educación continua y a los procesos de intervención.

Los modelos de intervención siguen siendo un área crítica y a la vez un área de oportunidad. Los resultados de este proyecto son rescatables para el diseño del curriculum en grado y posgrado, la administración de los servicios de salud y la educación continua.

## **Conclusiones**

La actividad profesional de los y las trabajadoras sociales en el sector de la salud en Tamaulipas contribuye de manera significativa a la consecución de los fines del derecho a la protección de la salud en México. Su acción se dirige al análisis de las variables sociales que afectan la práctica de estilos de vida saludables, así como a una intervención social diversificada, multinivel e intensiva a nivel individualizado, familiar, comunitaria, organizacional y estatal, en una diversidad de contextos específicos respondiendo con su "hacer" a las demandas de una sociedad que debe sustentar los procesos de desarrollo social y humano en la salud de la población.

En su práctica atiende los problemas y conflictos de una sociedad con grandes rezagos, que busca hacer valer los derechos de la ciudadanía y lo hace a través de actividades de investigación de necesidades y diagnóstico, diseño de proyectos de intervención, práctica directa con los usuarios de los servicios, gestión y coordinación, formación y capacitación, administración y otros rubros de actividad como la atención en situaciones de crisis o la mediación.



Las actividades más representativas son: evaluación y registro, planeación, intervención, coordinación, gestión, promoción, educación para la salud, formación y docencia. Las acciones realizadas con mayor regularidad son: información, orientación, asesoría, gestión y canalización de usuarios.

La diversidad y exceso de funciones profesionales y paraprofesionales que tiene a su cargo el personal de Trabajo Social en las instituciones de salud en Tamaulipas, limita la oportunidad de diseñar y desarrollar proyectos de investigación, así como la generación de prácticas sistematizadas que sirvan de guía y sustento para las nuevas generaciones.

## Referencias

- Ariño, M. (2009). Las técnicas en Trabajo Social. En C. Guinot (Coord.), **Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social**. España: Deusto Publicaciones
- Barrera-Algarín, Evaristo., Malagón, José Luis., Sarasola-Sánchez Serrano, José Luis. (2011). "Análisis de la intervención de los trabajadores sociales en el campo de las migraciones". **Revista Portularia**, 11(1), 25-36.
- Cámara de diputados. (1984). Ley general de salud. En [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_040614.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf). Fecha de consulta 20 abril 2013.
- Campanini, Annamaría, Luppi, Francesco. (1991). **Servicio social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana**. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Carballeda, Alfredo. (2006). **El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad**. Buenos Aires: Edit. Espacio.
- Carballeda, Alfredo, Barberena, Mariano, Balzziti, María Claudia, Mendoza, Mariela, Capello, Marina. (2002). "Modelos de intervención del trabajo social en el campo de la salud. Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación". **Revista Margen**, 27. Consulta el 15 de febrero de 2013 (<http://www.margen.org/suscri/margen27/interve7.html>).
- Cardona, Josefa, Campos, José Francisco. (2009). "Cómo determinar un contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el trabajador(a) social y el cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema". **Portularia**, IX, (2), 17-35
- Castro Martín, Chávez, Julia del Carmen. (2010). **Modelos de Intervención. Teoría y método en trabajo social**. México: Edit. Lito Grapo.
- Du Ranquet, Matilde. (1996). **Los modelos de trabajo social. Intervención con personas y familias**. Madrid, España: Siglo XXI.
- Echeverría, María Luisa, Jacob, Rosa Martha. (1987).
- Escartín, María José. (1992). **Manual de Trabajo Social. Modelos de práctica profesional**. Alicante, España: Edit. Aguaclara.

- Fernández, Tomás, López-Peláez, Antonio. (2006). **Trabajo social con grupos**. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Garrido, F. (2007). **Paradigma ecológico en las ciencias sociales**. España: editorial Icaria
- Gobierno del Estado de Tamaulipas. (2013). *Plan estatal de desarrollo 2011 – 2016*. Disponible en <http://tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2013/11/PED-TAMAULIPAS-Actualizaci%C3%B3n-2013.pdf>
- Healy, Karen. (2001). **Trabajo Social: Perspectivas contemporáneas**. España: Editorial Morata
- Hill, Ricardo. (1982). **Metodología básica en Servicio Social**. Buenos Aires: Humanitas.
- Jara, Oscar. (2002). **Materiales de estudio sobre sistematización de experiencias. Selección de textos teóricos y metodológicos**. (CD). Programa latinoamericano de apoyo a la sistematización CEAAL. Costa Rica: CEP Alforja.
- Kisnerman Natalio. (1989). **Atención Individualizada y Familiar**. Humanitas, Buenos Aires,.
- **Ley General de Salud**. (1984). Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión.
- Mondragón, Jasone., Trigueros, Isabel. (1999). **Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud**. Madrid: Edit Siglo XXI.
- Payne, Malcom. (1995). **Teorías contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica**. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Thomas, E.J. (1983). "Técnicas y principios socioconductistas: Un acercamiento a la ayuda interpersonal". En Dubini Osvaldo. (Coord.) **Caso Individual**. Humanitas, Buenos Aires.
- Satir, Virginia. (1983). **Relaciones humanas en el núcleo familiar**. México: Edit. Pax.
- Segado, Sagrario, Del Fresno, Miguel, López-Peláez, Antonio. (2013). **Modelos de trabajo social con grupos: Nuevas perspectivas y nuevos contextos**. Madrid. Editorial Universitaria.
- Torres, Jorge. (2006). **Historia del trabajo social**. Buenos Aires: Edit. Lumen Humanitas.
- Vázquez, S. (2014). **Hacia la configuración de modelos de intervención para la práctica profesional del trabajo social en ámbitos micro sociales**. Seminario Modelos de Intervención. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Viscarret, Juan Jesús. (2007). **Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social**. Madrid, España: Alianza editorial.