



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES**

ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

**“Factores Socio – Económicos y Culturales que
Determinan la Demanda de Atención Hospitalaria en
el Servicio de Cirugía del Hospital General de
Pachuca”.**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

LUISA MINERVA OLIVARES HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. MARÍA CRISTINA PÉREZ ROCILES

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, MAYO - 2006

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fortaleza, la vida y salud para alcanzar mi meta en este camino de la superación.

A mis padres, por ser los mejores consejeros y guías, en mi vida, por confiar en mí, por darme su comprensión y cariño y ser ejemplo de vida, por tener la dicha de tenerlos aún.

A mis hijas y nietos, por ser el patrón de mi superación, profesional y personal, por todo su amor y porque gracias a ellas me he realizado como una gran madre, como abuela feliz, son lo más sagrado en mi vida.

A mi compañero de vida, por su invaluable apoyo y que admira el esfuerzo de la superación.

A mis compañeros de trabajo, por compartir sus experiencias y conocimientos, especialmente para Olí.

Quiero agradecer a todas aquellas personas que siempre me impulsaron y me brindaron su ayuda incondicional para facilitar la realización de este trabajo.

A la población afectada de salud, que me ha enseñado a valorar la vida, a encontrarle sentido a lo que hago y que de manera valiosa refuerza mi trascendencia laboral.

Al área académica de Trabajo Social, que se preocupa por la formación académica y científica de los profesionales, para que día con día la sociedad tenga una mejor respuesta a sus demandas de atención.

Mi gratitud y respeto para los Doctores Gutiérrez, Nava, García.

Al jurado revisor por sus aportaciones para enriquecer el contenido de la tesis.

A la directora de tesis por su dedicación y empeño para la elaboración de ésta tesis, Cristi, mi reconocimiento.

I N D I C E

CONTENIDO	PAGINA
Capitulo 1. Diseño de la Investigación	1
1.1 Introducción.	1
1.2 Planteamiento del problema.	5
1.3 Justificación.	7
1.4 Metodología.	9
Capitulo 2. Panorama General de Salud	14
2.1 Sistema Nacional de Salud.	15
2.2 Plan Nacional de Desarrollo	17
2.3 Programa Nacional de Salud.	19
2.4 Plan Estatal de Desarrollo.	26
2.5 Programa Estatal de Salud. Misión, Visión, Objetivos y metas.	28
2.6 Conceptos de Hospital de Segundo Nivel.	34
2.7 Hospital General de Pachuca, Hidalgo.	36
2.7.1 Antecedentes, Base Legal, Objetivos, Programas.	36
2.8 Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación.	38
2.9 Servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca	39
2.9.1 Historia de la Cirugía.	39
2.9.2 Organización, Estructura, Objetivos, Subespecialidades.	40
Capitulo 3. Atención a Pacientes en el Hospital General	42
3.1 Carta de los derechos generales de los pacientes.	45
3.2 Relación médico-paciente.	50
3.3 Conducta bioética del equipo de salud.	52
3.4 Atributos del personal de salud.	53
3.5 Código de ética de los servidores públicos.	55
Capitulo 4. La Familia y su Vinculación con el Enfermo Hospitalizado.	58
4.1.1. Conceptos de familia.	58
4.1.2 Tipos de familia	58
4.1.3. Funciones de la familia.	60

4.2 Las tradiciones.	63
4.3 Las costumbres.	64
4.4 Estrato social.	64
4.5 Prejuicios.	66
4.6 Cultura	66
Capitulo 5. Trabajo Social en el Hospital General de Pachuca.	68
5.1 Antecedentes.	68
5.2 Conceptos y definiciones.	72
5.3 Las etapas del proceso metodológico de trabajo social	76
5.4 Los Métodos de Trabajo Social	77
5.5 Finalidades de Trabajo Social.	80
5.6. Funciones y actividades de Trabajo Social.	82
Capitulo 6. Resultados de la Investigación	86
6.1 Descripción de los resultados.	86
6.2 Interpretación y análisis de los resultados.	120
6.3 Conclusiones.	133
Bibliografía	137
Anexos	141
Tres de trece Historias de Vida	152
Glosario de términos	178

Capítulo I

1. Diseño de la Investigación.

1.1 Introducción

Todos los aspectos relacionados con la salud, conllevan a un asunto de gran complejidad ya que abarca procesos de tipo biológico, psicológico, social, cultural, educativo, demográfico, ambiental, tecnológico, económico y político.

Porque un enfermo, es un sujeto que forma parte importante de la sociedad en la que vivimos, pero su padecimiento lo conduce a enfrentarse a una serie de factores que interfieren de manera importante en 3 aspectos como son, el biológico, el psicológico y el social, ya que al estar afectados limitan su capacidad y calidad de vida. Y la salud es el elemento indispensable para el desarrollo dentro de la sociedad y esta no resulta solamente el progreso económico y social, ya que se requiere de acciones específicas para preservar o restituir la integridad y vitalidad física, mental y social de los individuos que puedan estar expuestos a riesgos del hogar, del trabajo, en sus actividades cotidianas y las producidas por el mismo ambiente que le rodea.

Es por ello que surge un interés especial por estudiar acerca de los factores socio-económicos y culturales que determinan la demanda de atención hospitalaria del servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca, Hgo., para ello es necesario conocer primero la conformación de la estructura orgánica que en materia de salud existe, sobre todo en el Estado de Hidalgo, donde los Servicios de Salud se encuentran en un periodo de transición de la reestructura de lo que será la Secretaría de Salud de Hidalgo, para dar respuesta a la demanda de atención de la población abierta. Actualmente se cuenta con 13 Jurisdicciones Sanitarias de Salud de donde dependen las Unidades Médicas de primer nivel de atención que enfocan sus acciones a la promoción y prevención del desarrollo de enfermedades. Se cuenta con 12 hospitales de segundo nivel para dar atención médica curativa y rehabilitatoria, donde además llevan a cabo tareas de promoción, detección y prevención de

padecimientos a la población usuaria, por ello estos hospitales están clasificados en: Hospitales integrales, Generales y de especialidades.

De los cuales el Hospital General de Pachuca, el de mayor capacidad para dar respuesta a la demanda de atención, posee 167 camas censables y 49 no censables, sus especialidades básicas son: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía, además posee 32 subespecialidades. Existe una unidad de salud con la especialidad de Psiquiatría para dar respuesta a la Salud Mental con un modelo único en el país en este campo denominado "Villa Ocaranza", anteriormente conocido como Hospital Psiquiátrico "Dr. Fernando Ocaranza".

Dentro del Sistema de Salud el estado cuenta con el Hospital del Niño DIF, 4 Clínicas de IMSS – OPORTUNIDADES, así como sus Unidades Médicas Rurales, que atienden además de la población asegurada a un porcentaje de población abierta afiliada al programa de oportunidades. Otras Clínicas y Hospitales corresponden al ISSSTE, PEMEX, SEDENA. Actualmente se cuenta con un CRIH, y un CRIH TELETON, para dar atención y rehabilitación de la población que padecen daños irreversibles con algún tipo de discapacidad.

Es relevante identificar que el sistema de salud está conformado por todas las unidades de salud tanto las del primer nivel, como de segundo nivel en el estado, sin dejar de tomar en cuenta las de tercer nivel que se encuentran en la ciudad de México como son los Institutos y Hospitales Generales, ya que también fortalecen la atención de los hidalguenses cuando son referidos porque en el estado no se tiene la capacidad tecnológica y científica para su atención y tratamiento.

Como lo expresa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 4º. que textualmente dice que toda persona tiene derecho a la

salud, por lo tanto esta ley es la que define las bases y modalidades para el acceso de los servicios de Salud.¹

En consecuencia se define que un hospital es como parte integrante de una organización médico-social o privada cuya misión consiste en proporcionar a la población atención médica y quirúrgica completa, tanto preventiva como curativa y rehabilitatoria, en especialidades básicas y que cuenta con camas para su internamiento, cuyos servicios externos se extienden hasta el ámbito familiar. Y por consiguiente podrá ser un centro de formación de recursos humanos para la salud y de investigación bio-psico-social.²

Esta investigación surge en virtud de que el profesional de Trabajo Social al formar parte importante del equipo multidisciplinario de salud en el hospital participa activamente durante el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento y en consecuencia se enfrenta a las carencias y necesidades sociales de la población hermanadas de la morbilidad y mortalidad. Situación que afecta no solo al paciente, sino también a la familia, a la institución, a la comunidad y sociedad en general, donde sobresalen los aspectos sociales, económicos y culturales, la falta de apoyo y participación de la familia, lo que entorpece o limita el proceso de atención, curación y rehabilitación de los usuarios y su reincorporación a la vida laboral y productiva.

Es importante compartir la experiencia laboral con generaciones futuras de Trabajadores Sociales y otros profesionales insertos en instituciones de salud, sobre todo en el ámbito hospitalario.

El estudio que se pretende realizar es de tipo Exploratorio – Descriptivo, con enfoque mixto es decir cuantitativo y cualitativo con un corte transversal ya que se pretende hacer un análisis durante 6 meses es decir durante el primer semestre del año 2005.

¹ Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos, Constitución Política Del Estado Libre Y Soberano De Hidalgo, Anaya Editores, México, (2005).

² Proyecto de Norma Oficial Mexicana (Nom) Para El Funcionamiento de Hospitales Generales. Secretaría de Salud. México, (2000). Página 8.

Las técnicas que se aplicarán serán la entrevista estructurada y la no estructurada, la observación, la historia de vida, grabaciones y videos³. Con pacientes atendidos en el servicio de cirugía-hospitalización, 4º. Piso. El análisis e interpretación de resultados se hará en base a la información de la recogida de datos y se describirá en un informe.

Dicho informe admitirá tener elementos sustentables para modificar o implementar estrategias y modelos de intervención, modificar procesos de atención en materia de salud, sobre todo con los grupos vulnerables que requieren una atención especializada de cirugía, de urgencia o programada, con ello optimizar recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, mejorar la información y comunicación entre el personal y usuarios.

El trabajo se ha estructurado de la manera siguiente: en el primer Capítulo se plantea el diseño de la investigación. El Capítulo 2 contiene un panorama general de salud, su estructura, instituciones que lo conforman, así como su misión, visión y objetivos. El Capítulo 3 está relacionado con atención a pacientes en el Hospital General. El Capítulo 4 se vincula con la familia, como elemento central de la vida de un ciudadano y su vínculo con el paciente hospitalizado. El Capítulo 5 hace mención sobre Trabajo social en el hospital General de Pachuca. El Capítulo 6 presenta resultados, análisis, conclusiones. Y el Capítulo 7 corresponde a las propuestas del presente trabajo. Al concluir se incorporan los anexos que sustentan la investigación y la bibliografía utilizada así como un glosario de términos.

³ Selección de la Muestra, Metodología de La Investigación. Hernández, Sampieri. Macgraw-Hill México, D. F. (2003). Página 311, 330.

1.2 Planteamiento Del Problema.

El desarrollo de enfermedades tiene varios condicionantes que las originan y otros tantos que limitan su recuperación de forma integral, por lo que la persona que la padece presenta alteraciones en las esferas Bio-psico-social, y aunado a ello se desprenden una serie de situaciones y necesidades en materia de salud, que conllevan a que los servicios de salud respondan con mejores posibilidades de atención integral a la población demandante.

Las condiciones socio-económicas y culturales en que vive una persona influyen de manera importante en sus posibilidades de estar sana. Las circunstancias como la pobreza, insuficiencia alimenticia, la exclusión y discriminación social, la mala calidad de vivienda, las condiciones de una falta de higiene, la escasez laboral, son algunos de los factores que determinan y generan desigualdades en la población hidalguense en relación al estado de salud que en ella prevalece y condicionan mayor desarrollo de enfermedades y mortalidad de sus habitantes.⁴ Es por ello que se ha considerado enfocar la investigación a dichos factores y como trabajadores sociales debemos siempre considerarlos y tomarlos en cuenta por su preponderancia en la inestabilidad de la salud de los individuos y con ello promover y fomentar acciones para mejorar y lograr esa equidad sanitaria.

Es necesario hacer referencia que el Hospital General de Pachuca, atiende población abierta que demanda atención por presentar daños en su salud, desde el año de 1978. El promedio anual de consultas por especialidad corresponden a 46 281; en el servicio de Urgencias se atienden a 28 874 enfermos; y 9 757 egresos del área de hospitalización, por lo que el promedio del día-estancia es el 4.2.⁵ Solo un 10% de pacientes que se atienden en los servicios de Consulta Externa, son programados para algún tipo de evento quirúrgico. El 90% de ingresos hospitalarios son a través del servicio de Urgencias como filtro principal de ingresos hospitalarios. La procedencia de

⁴ Consejo Consultivo 115, Reunión Nov-2004. Organización Mundial De La Salud, 2004.

⁵ Archivo Clínico Y Estadística, Hojas De Registro Diaria De Actividades. Hospital General De Pachuca, Hidalgo. México, (2005).

pacientes no solo provienen de la capital hidalguense y del interior de los 84 municipios del estado de Hidalgo, sino que además ingresan de otras localidades circunvecinas de los estados como: México, Puebla, Veracruz y Tlaxcala, entre otros.

Por ello cabe hacer la siguiente pregunta.

1. ¿Cómo influyen los factores socio-económicos y culturales en la demanda de atención hospitalaria del servicio de cirugía del Hospital General de Pachuca, Hidalgo?

1.3 Justificación.

Al revisar fuentes bibliográficas no se encontraron trabajos de investigación directamente relacionados con el tema, lo que da fundamento a llevar a cabo ésta investigación con población hospitalizada del servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca. En virtud que este servicio ocupa el segundo lugar en demanda de atención, por diversas patologías, algunas por causa natural y otras por causas violentas que producen lesiones en el organismo por lo que requieren hospitalización e intervención quirúrgica, y por ello se ve involucrada la familia, las instituciones y la sociedad en general.

La carencia de salud de la población que ingresa a hospitalización del servicio de cirugía demanda de una atención especializada porque en su gran mayoría implican a más de un procedimiento quirúrgico y aunado a ello se enfrentan a una serie de carencias derivadas por factores socio-económicos y culturales.

El paciente que se somete a alguna cirugía, padece además de angustia, miedo y dolor, que lo hace sufrir por desconocer los resultados de su recuperación para volver a reintegrarse a su vida laboral y productiva, a sus actividades cotidianas, por los gastos no previstos que él y/o su familia tienen que aportar durante la atención y tratamiento, en la adquisición de medicamentos y estudios especiales inexistentes en el hospital, por pagos de transportación, alimentación, cuidados especiales, que pueden condicionar a una crisis familiar.

A pesar de que este hospital tiene una capacidad resolutive, y es único en el estado de Hidalgo, no siempre cuenta con los insumos suficientes para dar respuesta inmediata en cada caso. Cuenta con 32 especialidades y subespecialidades, 167 camas censables y 58 camas no censables, su labor no ha sido interrumpida desde hace 27 años, para la denominada "*población abierta*", es decir la que carece de algún tipo de Seguridad Social.

Se dice que una desigualdad económica conlleva cargas económicas, sociales y psicológicas que reducen el bienestar de la sociedad en su conjunto. Y la salud contribuye al desarrollo económico, social y humano, y éste debe proceder de forma que se mejore la salud.⁶

En consecuencia el desequilibrio en la salud puede estar determinado por factores socio-económicos y culturales con características propias de los individuos como el sexo y la edad entre otros. Y para tener una mejor comprensión del fenómeno de la morbilidad y mortalidad en el estado y conocer un poco más de estos factores que darán cuenta de las características que podrían aumentar o disminuir el riesgo a padecer ciertas enfermedades o incluso a morir nos conduce a realizar esta investigación.

⁶ Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud. Organización Panamericana De La Salud México, (2000).

1.4. Metodología.

- ❖ Esta investigación está basada en un modelo mixto, ya que se ven mezclados de manera integrada los enfoques cuantitativo y cualitativo durante todo el proceso de la investigación.
- ❖ Es de tipo exploratorio ya que es el primer acercamiento al problema de investigación por parte del investigador y descriptivo porque se pretende hacer una descripción de las variables a estudiar, encontrando en cada una de ellas la interrelación que dé respuesta al problema de investigación, con enfoque cualitativo con un corte transversal porque se analizará en un periodo de tiempo que comprende el primer semestre del año 2005, en el servicio de hospitalización de Cirugía del Hospital General de Pachuca.
- ❖ La muestra, es representativa ya que se tomó de forma aleatoria, en el periodo comprendido del primer semestre 2005. Los criterios de selección de la muestra se tomaron al cuantificar el número de egresos hospitalarios por mes y al existir una variación importante y para poder unificar la información se contabilizó el total de egresos en el semestre con un promedio mensual de 198 egresos equivalente al 20%, y de esta cifra se cuantificó el 20% de la suma total, arrojando que la muestra a estudiar en este lapso de tiempo es de 234 egresos, correspondiendo a 39 entrevistados por mes.⁷
- ❖ Las técnicas a utilizar son:
 - Entrevista Estructurada: consiste en una serie de preguntas formuladas de manera anticipada que se realiza a la persona entrevistada.

⁷ Definición Del Alcance de la Investigación A Realizar: Exploratoria, Descriptiva, Correlacional o Explicativa. Metodología de la Investigación. Hernández, Sampieri. Mcgraw-Hill México. (2003).

- **Análisis de Estadísticas:** el cual consiste en revisar los estudios socioeconómicos de los meses enero a junio de los pacientes de Cirugía para obtener datos personales y específicos.
- **Observación:** se trata de una técnica de recolección de datos que tiene por objetivo explorar, describir y comprender los ambientes, contextos, relaciones interpersonales, etc., que permite identificar problemas y generar hipótesis.
- **Historia de vida:** es una descripción de los acontecimientos y experiencias más significativas de la vida del narrador desde su punto de vista.

La historia de vida aproxima al sujeto (usuario), comparándolo con una construcción textual, que consta de la edición del texto-relato de vida; basado en las sesiones cronológicas entre el sujeto y el investigador. Las variables o categorías, indicadores, registros, contexto y unidades de análisis. La introducción analítica-sobre los ámbitos familiares, laborales y sociales; las notas a pie de página-para aclarar expresiones; glosario de conceptos que definen términos jergales; y los anexos-análisis lingüísticos, documentos personales que ayudan en la comprensión del texto. Pujadas (1992).

La historia de vida, que clasifica la versión final de la narrativa vital de una persona, elaborada por el investigador, más el conjunto de registros documentales y entrevistas a personas del entorno social. Los primeros en emplear esta técnica fueron Thomas y Zaniecki en 1958. Ahora es considerada una herramienta útil para las ciencias sociales. Según Pujadas, es un "trabajo de construcción textual".⁸

⁸ Teoría y Crítica de los Métodos Cualitativos en la Investigación Social: El uso de la Observación Participante, el Grupo de Discusión y la Historia de Vida como Herramientas Metodológicas del Investigador Social. Fonseca Hernández, Carlos. México. (2004)

- ❖ Los criterios de exclusión serán aquellos casos que no estén en condiciones de participar por su estado de salud que ponga en peligro su vida por el esfuerzo al hablar, excluyendo la población pediátrica que podrá ser motivo de otra investigación. Y los hospitalizados en este servicio pero con enfermedades que correspondan a otra especialidad como son los atendidos a cargo del servicio de Medicina Interna. Y los que no acepten participar.

- ❖ Se establece que esta investigación fundamentalmente tiene el propósito de ser analítica pues pretende probar la veracidad de la hipótesis, sin negar que existen aspectos sólo exploratorios. Donde se hará una combinación de variables para obtener mejores resultados.

- ❖ El procedimiento consiste en seleccionar a una muestra de 234 pacientes durante el semestre enero-junio del 2005, de los cuales se trabaja en base a entrevistas a cada uno. Además para el estudio de historias de vida se relazaron sesiones con 13 usuarios hospitalizados durante el semestre.

Objetivo General.

Conocer cómo influyen los factores socio-económicos y culturales que determinan la demanda de atención del servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Objetivos Específicos.

- Conocer la demanda de atención hospitalaria del servicio de Cirugía.

- Identificar la situación económica del paciente hospitalizado que demanda atención hospitalaria del servicio de Cirugía.

- Identificar el grupo familiar económicamente activo en relación a la demanda de atención hospitalaria del servicio de Cirugía.
- Determinar el grupo familiar que demanda atención hospitalaria del servicio de Cirugía.

Hipótesis.

En el Hospital General de Pachuca, los factores socio-económicos y culturales que determinan la demanda de atención hospitalaria del servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca.

Variables o Categorías.

Los factores Socio – Económicos y Culturales.

Son elementos que ejercen influencia para determinar la demanda hospitalaria de atención que requieren los pacientes del servicio de cirugía.

Para llevar a cabo esta investigación se ha considerado analizar las variables siguientes:

De Salud:

- Ingresos hospitalarios
- Unidades médicas de referencia.
- Procedencia por jurisdicciones
- Diagnóstico médico
- Caso médico legal
- Seguridad social

Sociales:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Religión
- Domicilio por entidad federativa
- Domicilio por municipio del estado de Hidalgo
- Familiar o responsable
- Grupo familiar
- Tipo de Familia
- Régimen de propiedad
- Tipo de vivienda
- Número de dormitorios

Económicas:

- Ocupación
- Ingreso familiar
- Egreso familiar
- Salario
- Situación económica
- Nivel socio-económico

Demanda de atención hospitalaria del servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca.

Capítulo 2

Panorama General de Salud.

Conceptos de Salud.

Para comprender el panorama de salud es necesario considerar algunos conceptos de salud de acuerdo a la OMS.

La salud, es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades.

Otro concepto que se aproxima con este trabajo es el que fue dicho a la manera de Julio Frenk. (2002) La salud es, "Un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción... es un medio para la realización individual y colectiva. Constituye un índice del éxito alcanzado por la sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar, que es a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo".⁹

La salud es un argumento de gran complejidad que implica aspectos de tipo biológico, psicológico, social, económico, cultural, educativo, demográfico, ambiental, tecnológico y político.¹⁰ Propuesto por el centro de investigación y estudios médicos.

Observamos que el aspecto social, está inmerso en cualquier concepto de salud por lo que Trabajo Social, debe incluirse todavía más en la investigación social en materia de salud.

⁹ Retos Para Las Instituciones Encargadas De Prestar Servicios De Salud. Secretaría De Salud. México, (2002).

¹⁰ Salud Mental. Centro De Investigación Y Estudios Médicos. Perú.(2004).

2.1 Sistema Nacional de Salud.

Es importante puntualizar la relevancia que tiene el Sistema Nacional de Salud (SNS) ya que es el órgano rector de la Secretaría de Salud, de donde emana la normatividad para la creación de unidades de salud sobre todo las que atienden a la población abierta que se encuentra en desventaja para ser atendida en instituciones de Seguridad Social o privadas.

Organización, Estructura y Funciones.

Existe el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) en el que participarán, coordinada y uniformemente las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como otras instituciones u organismos que no formen parte de este sistema.

De acuerdo con los niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud, de otras instancias comunitarias y del ámbito geográfico, la aplicación del SINAVE, se ejerce a través de los siguientes niveles: a) Operativo (local), b) Jurisdiccional o zonal (municipal), c) Estatal (delegacional o intermedio o regional), y d) Nacional.

En conclusión se denomina Sistema Nacional de Salud; al conjunto 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 prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección a la salud.¹¹

Otorgando los servicios de atención a la salud de la población, e instrumentando acciones a cargo de las unidades de salud y otras instancias técnicas y administrativas, principalmente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Regulación Sanitaria a través de los niveles siguientes:

El Nivel Jurisdiccional, es la entidad técnica administrativa de carácter regional, dentro de las entidades federativas, que tiene como responsabilidad otorgar

¹¹ Norma Oficial Mexicana Nom-017-Ssa2-1994, Para La Vigilancia Epidemiológica. Secretaría De Salud. México (2001).

servicios de salud a la población abierta en su área de circunscripción y coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito de competencia.

El Nivel Estatal, es la estructura orgánica y funcional responsable de la operación de los servicios de salud en el ámbito geográfico y político de una entidad federativa, cuya infraestructura se organiza en Jurisdicciones Sanitarias, y Hospitales.

El Nivel Central, es la estructura administrativa de la Secretaría o de las instituciones del SNS, a nivel técnico-normativo, cuya ubicación está en la capital del país y la cual tiene competencia jerárquica sobre todos los servicios distribuidos en el territorio nacional.

El Nivel Nacional, es la instancia o nivel técnico-administrativo máximo del SNS y de los organismos que lo integran, cuyo ámbito de competencia comprende a los servicios y su organización en todo el territorio nacional.¹²

En consecuencia en Hidalgo existe el Nivel Estatal a cargo de la Secretaría de Salud, responsable de la estructura orgánica y funcional de la operatividad del Hospital General de Pachuca, hgo.

¹² Unidades Médicas Por Nivel De Atención. Secretaria de Salud. SSA, DIGIED, Dirección General De Información Y Evaluación Del Desempeño. SISPA-Subsistema De Recursos. México, (2001)

2.2 Plan Nacional De Desarrollo 2001 – 2006.

El Plan Nacional de Desarrollo es el documento del Gobierno Federal al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal, como son:

La Política Social, ésta acción de gobierno descrita en el Plan Nacional de Desarrollo, busca mejorar la calidad de vida de los mexicanos, asegurar el pleno uso de su libertad, por ello la emancipación individual y colectiva es el objetivo integrador de la política para el desarrollo social y humano de este plan de gobierno.

El reto de la salud. La educación y el desarrollo de los mexicanos dependen de la salud que posean. La salud ha sido uno de los pilares del desarrollo de México. Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido fundamentales. Por ejemplo el progreso alcanzado en el pasado se manifiesta por la reducción de mortalidad infantil y en el crecimiento de la esperanza de vida. Sin olvidar que aún existen sectores de la población, que no tienen a su alcance los servicios médicos y los medicamentos que les ayuden a tener una vida sana que les de seguridad y confianza de tener un cabal desarrollo. El perfil epidemiológico nacional se está transformando como consecuencia de la mayor urbanización, del cambio de las actividades ocupacionales y de la educación. Hoy, las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte y están emergiendo nuevas enfermedades.

A pesar que el sistema de salud está fortaleciendo el progreso para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, clínicas y las instituciones de salud. Dicho proceso extenderá su rumbo a la totalidad de la población enfocado a una mejor atención médica y al trato que recibe la población.

La Política de Desarrollo Social y Humano que se presenta en este Plan Nacional de Desarrollo. Se refiere a los ejes de la política, que están basados en las precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación.

El primer eje de la política de desarrollo social y humano se refiere, a los niveles de bienestar de los mexicanos, cuyas condiciones de vida, oportunidades de superación y de participación social, se encuentran por debajo de ciertos umbrales.

El segundo eje de la política de desarrollo social y humano, es la equidad de los programas y la igualdad de las oportunidades.

El tercer eje es la capacidad e iniciativa que se refiere al compromiso con la salud y a medida que el país se transforme, su sistema de salud también debe hacerlo, pues la salud está ligada al destino de la nación, por lo que México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente a su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección, que cuente con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones. "Democratizar es, en suma, construir un sistema de, por y para la gente", esto supone además aplicar normas y procedimientos de la ciudadanía a instituciones que estaban regidas por otros principios, como el poder coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas.

El Gobierno federal tiene como objetivos:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud.¹³

¹³ Ibidem Pág. Pág. 50 - 54

2.3 Programa Nacional de Salud.

Los Trabajadores Sociales del sector salud debemos conocer y comprender la existencia y contenido del Programa Nacional de Salud. *2001-2006. sobre La democratización de la salud en México, cuya Visión señala: en conformidad con los valores y principios descritos:*

"El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo".

Por otro lado tiene como misión que una vez identificados los valores y principios rectores, y teniendo en mente la visión antes descrita, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* asume como misión la siguiente:

"Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana."

Así mismo sus objetivos persiguen:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* está dividido en cuatro capítulos:

- I. En dónde estamos. La salud y los servicios de salud en México
- II. A dónde queremos llegar. El sistema de salud que México merece

III. Qué camino vamos a seguir. Objetivos, estrategias y líneas de acción.

IV. Cómo medimos los avances. La rendición de cuentas como parte del proceso democrático.

En lo social debe destacarse el incremento de los años de escolaridad, que al generar mayores conocimientos y mejorar las prácticas sobre la salud determina una capacidad más refinada para interactuar con los prestadores de servicios. Muy ligado al cambio educativo se encuentra la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral. Hasta hace pocos años, las instituciones de salud contaban con el auxilio de una vasta producción de servicios en el hogar, casi siempre a cargo de las mujeres. Una sociedad donde la mujer participa cada vez más activamente en el mercado de trabajo y dispone de menos tiempo para atender a sus hijos, tendrá que contar con un mayor apoyo de parte de las instituciones de salud y bienestar social.

En lo económico, nos enfrentamos al reto de hacer de la industrialización, la apertura comercial y la liberalización económica, instrumentos que ayuden a incrementar nuestro nivel de desarrollo y generar mejores ingresos, lo que sin duda influirá en la demanda de atención médica.

Respecto a los Problemas emergentes, tenemos que en el año 2000 las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares concentraron más de la mitad de las muertes ocurridas en el país, lo son porque incrementan a tal grado su magnitud relativa que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte. Este desplazamiento puede ser directo, como en el caso de las epidemias nuevas (VIH/SIDA) y los problemas en ascenso (diabetes mellitus). El abatimiento de estas desigualdades sanitarias es un asunto que no puede postergarse más.

En consecuencia surgen estrategias y líneas de acción que a continuación se describen:

Estrategia 1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.

Líneas de acción son: 1.1. Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud. 1.2. Promover la educación saludable. 1.3. Promover la perspectiva de género en el sector salud. 1.4. Impulsar políticas fiscales saludables. 1.5. Fortalecer la salud ambiental. 1.6. Mejorar la salud laboral.

Estrategia 2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.

Líneas de acción 2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida. 2.2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas. 2.3. Controlar la tuberculosis. 2.4. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo. 2.5. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino.

Estrategia 3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.

Líneas de acción 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes. 3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión. 3.3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica. 3.4 Promover el transplante como una alternativa accesible. 3.5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales. 3.6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas. 3.7. Atender los problemas de salud mental. 3.8. Atender las neoplasias malignas. 3.9. Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA. 3.10. Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura. 3.11. Fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades.

Estrategia 4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.

Líneas de acción 4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud. 4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos. 4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias. 4.4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño. 4.5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores. 4.6. Promover el uso de guías clínicas. 4.7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud. 4.8. Reforzar el arbitraje médico.

Estrategia 5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.

Líneas de acción 5.1. Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular. 5.2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social. 5.3 Ordenar y regular el prepago privado. 5.4. Articular el marco de aseguramiento en salud.

➤ La consolidación de la protección básica de todos los mexicanos y la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos.

➤ La ampliación de la afiliación al seguro social.

➤ El reordenamiento y la regulación de los seguros privados como medida complementaria de las dos anteriores.

Estrategia 6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.

Líneas de acción 6.1. Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos. 6.2. Culminar la descentralización de la SSA. 6.3. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. 6.4. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad. 6.5. Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud. 6.6. Municipalizar los servicios de salud.

Estrategia 7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.

Líneas de acción 7.1. Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General. 7.2. Fortalecer la coordinación intra e intersectorial. 7.3. Promover la cooperación internacional. 7.4. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos. 7.5. Proteger a la población contra riesgos sanitarios. 7.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud. 7.7. Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. 7.8. Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud.

Estrategia 8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud.

Líneas de acción 8.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario. 8.2. Fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. 8.3. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato. 8.4. Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y

las entidades federativas. 8.5. Optimizar la capacidad instalada. 8.6. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud. 8.7. Financiamiento estratégico para la equidad y el desarrollo con calidad.

Estrategia 9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.

Líneas de acción 9.1. Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión. 9.2. Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención. 9.3. Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil. 9.4. Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos.

Estrategia 10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Líneas de acción 10.1. Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud. 10. 2. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud. 10.3. Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud. 10.5. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud. 10.7. Utilizar los avances de la Internet y el proyecto de-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica.

En este sentido un sistema universal de salud, busca responder a este desafío y contribuir así al cambio en el país son cuatro premisas fundamentales bajo las cuales se rige:

- La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.
- La salud es, junto con la educación, el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
- Dado el valor que en sí misma tiene y su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico

de la administración pública y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir; así, se requiere complementar las *políticas de salud con políticas saludables*.

- Finalmente, la protección de la salud es un valor compartido por prácticamente todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud, por lo tanto, es un valor que puede fortalecer el tejido de nuestra sociedad. Pág. 17

Bajo estas 4 premisas la Secretaría de Salud, comprende el total de unidades, las cuales se clasifican en: Hospital General, de Especialidades, Psiquiátricos, Urbanos de Núcleo Básico, Rural de Núcleo Básico, Unidad Móvil, Centro de Salud con Hospital (unidades híbridas).

En primera instancia tenemos que el IMSS Oportunidades, incluye todas las unidades clasificadas en: Unidad Médica Auxiliar, Unidad Médica Rural y Hospital Rural. El número de médicos y enfermeras son los que la institución estima para cada una de las unidades.

IMSS.- Contempla las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, excluyéndose a las unidades auxiliares (puestos de fábrica, consultorio médico y consultorio de enfermería) por ser servicios médicos que se otorgan en espacios físicos de diferentes tipos de empresas públicas o privadas y estas unidades auxiliares dependen administrativamente de una unidad médica.

Por su parte el ISSSTE Incluye sólo las unidades de la institución y no las subrogadas; PEMEX sólo sus unidades de hospitalización; SEDENA sólo unidades de hospitalización; SEMAR se refiere a unidades de hospitalización, más dos sanatorios y el número de camas corresponde a camas censables y no censables.

Con estas instituciones los principales desafíos del sistema de salud mexicano al comenzar el siglo XXI son alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud, mejorar la calidad de sus servicios y dotar de protección financiera a la mayoría de la población. La intensa transformación por la que atraviesa nuestro

país en los tiempos actuales ejerce una presión sin precedentes sobre el sistema de salud. La dinámica demográfica y los cambios sociales, los retos económicos y los logros políticos, los avances científicos y tecnológicos, la influencia permanente de una comunidad internacional sujeta a su vez a grandes tensiones: todo esto exige de los servicios de salud un esfuerzo de grandes proporciones, en el presente más inmediato y en el futuro previsible.

México inicia el siglo XXI enfrentando complejos desafíos. En menos de 30 años el país acumuló rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas maternos infantiles. Se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico; en el otro están las enfermedades no transmisibles y las lesiones, problemas que, con diferente magnitud, predominan en todos los países desarrollados. Existe información que demuestra que aún en condiciones de pobreza es posible reducir el peso de los padecimientos del rezago a través de intervenciones efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero

Uno de los avances recientes más importantes en el país es el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. En la década de 1930 uno de cada cinco niños moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de los hombres adultos morían antes de los 35 años. Actualmente 97 por ciento de los recién nacidos alcanza su primer aniversario y la mayoría de los hombres puede aspirar a vivir 75 años o más. Por lo que se refiere a las mujeres, en 1930 la mitad moría antes de cumplir 38 años de edad. Hoy, al comenzar el siglo XXI, la mayoría puede aspirar a vivir casi 80 años con una Esperanza de Vida Saludable (EVISA).

2.4 Plan Estatal de Desarrollo (2005 – 2011).

El estado de Hidalgo como entidad federativa estatal, en lo que a materia de salud describe a la atención y preservación de ésta como una premisa básica para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades humanas y el bienestar en general de la población, señala que es obligación del estado y la sociedad alcanzar mejores estados de salud para garantizar, preservar y mejorar el acceso a los servicios, con prontitud, calidad y responsabilidad. También considera que la atención a la salud se ha tornado más compleja y costosa y el estado se enfrenta a grandes cambios potenciales en cuanto a la sofisticación y especialización de los servicios requeridos y al incremento de la demanda de éstos, lo que hace necesario reformar las políticas públicas.

En este mismo rubro acentúa a la salud y la enfermedad como resultado de la interacción del hombre con su entorno biológico, socioeconómico y cultural, no como estados opuestos, sino diferentes al grado de adaptación de nuestro organismo al medio. A pesar de que se observa aumento en la cobertura de los servicios públicos de salud las enfermedades que incrementaron su morbilidad en el 2004 son las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales. Los tumores malignos son la segunda causa de mortalidad general, entre ellos destacan cáncer cérvico uterino, de mama, de próstata. Otra causa son los accidentes. Que afecta a hombres y mujeres en edad productiva.

"La Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Hidalgo, como dependencia responsable de dar respuesta a las problemáticas de salud, es quien ejerce la autoridad sanitaria y tiene bajo su responsabilidad importante fracción de la población abierta del estado, estimada en 1,853,043 habitantes que representan el 77% de la población total de la entidad en el año 2004". Solo el 23% de la población está afiliada a la seguridad social. Al IMSS, son 385,048 personas que equivale al 16%; al ISSTE, 144,393 trabajadores que asciende al 6% y a otras Instituciones la población afiliada corresponde a 24,065, que representan el 1%.

La población del Estado de Hidalgo se distribuye en 84 municipios, que se agrupan en 13 Jurisdicciones Sanitarias ubicadas por sectores y con un número determinado de municipios.

Esta sectorización está basada en variables socioeconómicas y geográficas del estado, donde además se cuenta con 12 hospitales de la Secretaría de Salud. Existen grandes contrastes en la distribución de la población ya que, tan solo en 4 jurisdicciones, de: Tula, Pachuca, Tulancingo y Actopan, son núcleos de gran concentración de habitantes, así mismo se encuentran 19 municipios con baja y muy baja marginación de los 27 con estas características.¹⁴

¹⁴ Plan Estatal De Desarrollo 2005 – 2011. Gobierno Del Estado De Hidalgo. México. (2005). Pág. 53

2.5 Programa Estatal de Salud. Misión, Visión, Objetivos, Funciones, Valores, Marco Jurídico, Organización.

La Secretaría de Salud de Hidalgo, es el lugar de encuentro entre el gobierno y un amplio sector de la población que se ubica en los grupos más vulnerables y elevados índices de desprotección que con frecuencia acuden a las instituciones de salud ante un episodio de enfermedad, lo que acentúa su estado de necesidad. En efecto se trata de personas que necesitan la atención profesional y el afecto solidario que solo pueden brindar los servidores públicos que mantienen una actitud humanista al responder con servicios de salud de calidad y buen trato, es un compromiso que se renueva cotidianamente para hacer de nuestras instituciones y de ese punto de encuentro entre el Gobierno y la población una avenencia de satisfacciones de la población.

Por ello dicha Secretaría, se conforma por una red de servicios y unidades que se complementan unos a otros con el único fin de garantizar que la prestación de los servicios de atención médica y salud pública se otorguen con calidad y oportunidad, identificando todas aquellas situaciones o factores que representan un riesgo para la salud de la población limitando el daño que pudieran ocasionar a través de acciones de prevención, curación y rehabilitación.

Su Misión, es ser una institución de excelencia, confiable, resolutiva y comprometida que garantice el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud de conformidad a las necesidades y expectativas de la población del estado de Hidalgo.

Por otro lado tiene la Visión, es garantizar la cobertura, la calidad y la calidez en la prestación de servicios de salud para elevar el nivel de vida de los hidalguenses a través de la promoción, la atención integral, la investigación y el desarrollo de recursos, en congruencia con el panorama social y la salud de la población del Estado de Hidalgo.

Como objetivos se plantea:

- ❖ Garantizar la cobertura, calidad y calidez en la prestación de servicios de salud para elevar el nivel de vida de la población hidalguense, a través de la promoción, la atención integral, la investigación y el desarrollo de recursos, en congruencia con el panorama social y de salud del estado.
- ❖ Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los Servicios de Salud a población abierta en materia de salubridad general.
- ❖ Organizar y operar los Servicios en materia de Regulación y Control Sanitario integrar un acervo de información y documentación que facilite a las autoridades e Instituciones competentes la investigación, estudio y análisis de ramas y aspectos específicos en materia de salud.
- ❖ Conocer aplicar y vigilar el cumplimiento de la normatividad general en materia de salud, tanto nacional como internacional así como proponer las adecuaciones de la normatividad estatal y esquemas que logren su correcto cumplimiento.

En este sentido sus funciones son:

- Organizar el Sistema Estatal de Salud en términos de la Ley General de Salud de Salud Pública en el Estado de Hidalgo.
- Realizar todas aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de los habitantes del Estado.
- Realizar las acciones necesarias para mejorar la calidad en la prestación de los Servicios de Salud.
- Promover, apoyar, y llevar a cabo la capacitación de los profesionales, como especialistas y técnicos en materia de salud.
- Difundir a las autoridades competentes y a la población en general a través de publicaciones y actos académicos los resultados de los trabajos de investigación, e intercambio, documentación, estudio, análisis y de recopilación de información que realice.

Administrar los recursos que le sean asignados, las cuotas de recuperación así como las aportaciones que reciba de otras personas o instituciones.

Es así que su orientación se sustenta en un Marco Jurídico que se constituye en las siguientes bases legales:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución Política del Estado de Hidalgo.
- Ley General de Salud.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Hidalgo.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del artículo 123 constitucional.
- Ley de los Trabajadores al Servicio de los Gobiernos Estatal y Municipales, así como de los Organismos Públicos y Descentralizados.

Respecto a su organización la jurisdicción sanitaria representa a los servicios de salud en 13 sectores pudiendo definirse como una unidad u organismo técnico y administrativo con capacidad y responsabilidad de planear, coordinar, supervisar, y evaluar que la prestación de los servicios que se otorguen de acuerdo a la normatividad y lineamientos de la Secretaría de Salud de Hidalgo., Con ello se instituye que son los Centros de Salud, a quienes les corresponde la atención de primer nivel, por ello desarrollan acciones que están dirigidas al individuo, a la familia y a la comunidad, con servicios enfocados principalmente a preservar la salud, es decir mantenerla y recuperarla por medio de actividades de promoción, prevención y curación a través de un conjunto de actividades que otorgan a la población de acuerdo a su edad y sexo que se conocen como: Paquetes Básicos de Atención.

Dichas unidades están ubicadas en todo el estado de la manera siguiente:

La jurisdicción No. I Pachuca, que comprende los municipios de Atotonilco el Grande, Huasca de Ocampo, Mineral del Chico, Mineral del Monte, Mineral de la Reforma y Omitlán de Juárez.

La jurisdicción No. II Tulancingo, abarca los municipios de Acatlán, Acaxochitlán, Cuauhtepac de Hinojosa, Santiago Tulantepec de Lugo Guerrero y Singuilucan.

La jurisdicción No. III de Tula de Allende, comprende Ajacuba, Atitalaquía, Atotonilco de Tula, Tepejí del Río de Ocampo, Tepetitlan, Tetepango, Tezontepec de Aldama, Tlahuelilpan y Tlaxcoapan.

La jurisdicción No. IV en Huichapan, pertenecen los municipios de Alfajayucan, Chapantongo, Nopala de Villagrán y Tecozautla.

La jurisdicción No. V en Zimapan, se encuentran los municipios de Chapulhuacán, Jacala de Ledesma, La Misión, Pacula y Pisaflores.

La jurisdicción No. VI de Ixmiquilpan, corresponden El Cardonal, Chilcuautla, Nicolás Flores y Tasquillo.

La jurisdicción No. VII de Actopan, se encuentran El Arenal, Francisco I Madero, Mixquiahuala de Juárez, Progreso de Obregón, San Agustín Tlaxiaca, San Salvador y Santiago de Anaya.

En la jurisdicción No. VIII de Meztlán, abarca además, Eloxochitlán, Juárez Hidalgo, San Agustín Mezquititlán, Tlahuiltepa y Zacualtipan de Ángeles. En la No. IX de Molango de Escamilla, además Calnali, Huazalingo, Lolotla, Tepehuacán de Guerrero, Tianguistengo, Tlanchinol y Xochicoatlán.

La jurisdicción No. X en Huejutla, le pertenecen Altapexco, Huautla, Jaltocán, San Felipe Orizatlán, Xochiatipan y Yahualica.

En la jurisdicción No. XI en Apan, le incumben Almoloya, Emiliano Zapata, Epazoyucan, Tepeapulco, Tlanalapa y Zempoala.

La jurisdicción No. XII en Tizayuca, le conciernen Tolcayuca, Villa de Tezontepec y Zapotlán.

Y la jurisdicción No. XIII en la zona Otomí-Tepéhua le competen los municipios de Agua Blanca de Iturbide, Huehuetla, San Bartolo Tutotepec y Tenango de Doria.

Los hospitales de los Servicios de Salud en el estado se dividen en generales, integrales y los de especialidades cuyas especialidades básicas son de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna con apoyo del servicio de Anestesiología.

La diferencia radica en que un Hospital General dispone de estos servicios las 24 horas de los 365 días del año, con algunas subespecialidades como Gastroenterología que atiende patologías del estómago, Otorrinolaringología, se encarga de daños en nariz, oído y garganta, Oftalmología de enfermedades de los ojos, Cardiología a padecimientos del corazón, y otras. Los Hospitales Integrales disponen de las 4 especialidades básicas durante un turno de 8 horas los 365 días del año y los turnos restantes se atienden por un médico general localizándose al especialista solo en situaciones especiales y de ser necesario se envía al paciente al Hospital General más cercano.

Estas unidades de 2° nivel, atienden a usuarios ambulatorios y a los que se encuentran hospitalizados en los 13 hospitales del estado de Hidalgo, los cuales están ubicados en los municipios de Pachuca, Tulancingo, Tula, Ixmiquilpan, Huichapan, Atlapexco, San Bartolo Tutotepec, Actopan, Jacala y uno más en la región de Cinta Larga, además una unidad especializada con un nuevo modelo de atención transformándose de un hospital a una Villa. Que da atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica denominada "Villa Ocaranza" ubicada en la carretera México - Pachuca Km. 62.5 en san Miguel Eyacalco municipio de Tolcayuca. Siendo éste, único en su área dentro del estado y del país y tiene como objetivo la atención a quienes presenten problemas o alteraciones de tipo mental o psicológico y que requieran de profesionales en la

materia para su atención, para efectos de hospitalización se ingresan a pacientes mayores de 16 años.

El servicio de hospitalización se otorga a todo paciente que requiere de la observación y vigilancia permanente dentro del hospital y son enviados generalmente por el servicio de urgencias o por consulta externa cuando se programan para una cirugía.

Generalmente el primer contacto que se tiene con el hospital es a través del servicio de consulta externa, aquí se ofrece atención de las diferentes especialidades existentes así como de las subespecialidades y es atendido por médicos especialistas, enfermeras, trabajadoras sociales, siendo estas últimas quienes facilitan a través de una cita previamente programada la atención al paciente.

Los pacientes que solicitan la atención en un hospital deben ser valorados previamente en un primer nivel de atención, es decir, en el centro de salud más cercano a su domicilio, ahí se determinará si se requiere o no la atención especializada.

El costo de cada servicio está determinado según el resultado del estudio socio-económico que se realiza al paciente por un(a) Trabajador(a) Social, llegando incluso a exentar algunos servicios, este pago no es más que una cuota simbólica comparada con el costo real.¹⁵

Es por esta razón que una de las principales funciones de Trabajo Social en los Hospitales de la Secretaría de Salud de Hidalgo, es hacer una valoración socio-económica de los pacientes a partir de entrevistas para llevar a cabo los estudios a la población que demanda los servicios hospitalarios.

¹⁵ Secretaria De Salud De Hidalgo. Gobierno Del Estado De Hidalgo México. (2005).

2.6 Conceptos de Hospital de Segundo Nivel.

Según la Organización Panamericana de la Salud (1973), define a un hospital como "un establecimiento con personal médico organizado, con instalaciones permanentes que incluyen camas para atenciones de internos, y con servicios médicos que incluyen atención por médicos, y cuidados continuos de enfermería, para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los pacientes".

Para la OMS, el Hospital es "la parte integrante de una organización médica y social cuya función consiste en proporcionar a la población una asistencia medico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal médico sanitario y de investigación bio-social.¹⁶

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, define al hospital como:

Lo que caracteriza a los hospitales de segundo o tercer nivel de atención de servicios de salud, son especialidades básicas de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría así como subespecialidades de apoyo en base a las patologías mas frecuentes, además de brindar servicios de urgencias, hospitalización y servicio de consulta externa.

Las áreas de hospitalización cuentan con camas para Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, donde intervienen diferentes especialidades, a enfermos de escasos recursos con escasos ingresos equivalentes algunos al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, y de igual manera se encuentran sus dependientes económicos. Para estos efectos es responsable el Trabajador Social de realizar el estudio socio-económico de la unidad médica correspondiente.

16 Salud Integral. La Evolución de los Hospitales y su Relación con la Calidad de la Atención Médica. (2005) En World Wide Web <http://www.saludintegral.com.ar/archivos/profesionales/hospital/hospitales.htm>

Las acciones del hospital deben ser preventivas, es decir que incluyen las de promoción general y las de protección específica, son curativas porque tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos y de rehabilitación ya que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.¹⁷

¹⁷ Secretaria De Salud Subsecretaria De Regulación Y Fomento Sanitario. Dirección General De Regulación De Los Servicios De Salud Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación De Servicios De Atención Medica. México, (1986).

2.7 Hospital General de Pachuca, Hidalgo

2.7.1 Antecedentes, Base Legal, Objetivo y Programas.

Antecedentes.

El día 1º. de marzo de 1978, fue inaugurado como Hospital General "A" de Pachuca de los Servicios de Salud de Hidalgo, siendo Presidente de la República Mexicana el C. Lic. José López Portillo y fungiendo como director el Dr. Nicolás Liconá Spinola.

Se funda unidad médica de segundo nivel, con 144 camas censables, y por necesidades del servicio actualmente se ha incrementado a 167 camas censables y 58 camas no censables. Los servicios básicos con que cuenta son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. La especialidades y subespecialidades se han incrementado a más de 30, siendo las siguientes: Anestesia, Cardiología, Cardiología Pediátrica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Reconstructiva, Cirugía Oncológica, Clínica del Dolor, Clínica de Displasias (patología cervical), Clínica de Osteoporosis, Clínica de Gastroenterología, Coloproctología, Dietología, Estomatología, Gastroenterología, Ginecología, Planificación Familiar, Hematología, Inmunología, Medicina Interna, Nefrología, Neurocirugía, Neurología, Neumología, Oftalmología, Odontología, Otorrinolaringología, Optometría, Pediatría, Psicología, Rehabilitación, Reumatología, Tanatología, Traumatología y Ortopedia, Traumatología Pediátrica, Urología, Psicología, Rehabilitación, Medicina Preventiva (inmunizaciones), los servicios de apoyo y gabinete de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido y Patología.

Objetivo.

Proporcionar atención médica asistencial a la población hidalguense de forma integral con eficacia, eficiencia, calidad y calidez.

Programas.

Los programas prioritarios del hospital son Enseñanza e Investigación, existe la residencia para la formación de médicos especialistas en Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Traumatología y Ortopedia, Ginecología y Obstetricia, Anestesia. Se llevan a cabo diplomado de Tanatología, Oncología, Ultrasonido, y otros cursos de capacitación y actualización de las demás áreas médicas, paramédicas y ramas afines, incluyendo al personal de Trabajo Social.

Otro de los programas prioritarios son: Arranque parejo en la Vida; Hospital Amigo del Niño y de la Madre, que a su vez de este se desprenden otros como son: Lactancia Materna, cuyo objetivo básico es el mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños. Alojamiento Conjunto, para fortalecer el vínculo afectivo madre e hijo. Detección de hipotiroidismo congénito, donde se realiza la prueba del tamiz neonatal al 100% de los niños recién nacidos vivos, durante las primeras 48 horas de vida, a través de esta prueba se identifica la disminución del funcionamiento y desarrollo de la hormona tiroidea que puede ocasionar retraso mental en el niño. Planificación Familiar, Inmunizaciones, Cáncer Cérvico Uterino y Mamario. Detección y tratamiento de la osteoporosis. Detección y tratamiento de Diabetes, Inmunizaciones, Familiar Participante, entre otros.

Trabajo Social participa activamente en algunos de los programas que el hospital lleva a cabo, desde la planeación, ejecución, coordinación y evaluación de resultados junto con el equipo Inter. y multidisciplinario que los conforman, es decir con profesionales de las distintas disciplinas como son: Médicos de las distintas especialidades, Enfermeras, Psicólogas, Nutricionistas, entre otros.

2.8 Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación.

El Sistema Nacional de Cuotas de Recuperación es quien determina las bases y modalidades para que la población abierta demandante de los servicios de salud cubra el costo de cada servicio según el resultado del estudio socio-económico que es responsabilidad del departamento de trabajo social.

El sistema alude que "Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardará relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos o en las zonas de menor desarrollo económico y social y conforme a las disposiciones de la secretaria de salud.

Para ello se ha conformado el tabulador de cuotas de recuperación de los servicios médicos- asistenciales, en un catálogo que enumera y describe cada uno de los servicios que se prestan en las unidades médicas de los servicios estatales de salud y unidades médicas en el distrito federal y consta de seis niveles de cobro y otro de exención, actualmente cuenta con 1223 servicios.

El área de trabajo social es quien tiene la responsabilidad de transferir y referir a los pacientes respetando en nivel de cobro asignado inicialmente o la exención, con la finalidad de evitar duplicidad de trabajo y agilizar así la atención al paciente.

La intervención profesional de Trabajadores Sociales, está sustentada en el artículo 36 de la Ley General de Salud, y establece que: "las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardará relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos o en las zonas de menor desarrollo económico y social y conforme a las disposiciones de la secretaria de salud."¹⁸

¹⁸ Manual De Cuotas De Recuperación. Patrimonio De La Beneficencia Pública. Secretaria De Salud. México, (2003).

2.9 Servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca.

2.9.1. Historia de la Cirugía.

Algunos historiadores afirman que ya en el año 4000 a.c. los templos de los antiguos dioses fueron utilizados como casa de refugio para los enfermos e inválidos, y como escuelas de aprendizaje para los médicos. Más tarde, los templos de Esculapio (Asclepio), el dios griego de la medicina, fueron utilizados con el mismo propósito. Los documentos históricos también demuestran que, en el siglo III a.C. en la India, ya existían hospitales bajo el dominio budista. En el siglo IV d.C. se fundaron hospitales en Cesárea y en Roma. El florecimiento de las órdenes monacales dio lugar también a la creación de hospitales, que junto con los hospicios y escuelas, funcionaron como parte integral de los monasterios.

Bajo la dirección de la iglesia católica romana se fundaron hospitales en otros lugares, como el Hotel Dieu en París, que se inició bajo la dirección de St Landry, obispo de París hacia el año 660. Durante toda la edad media, el renacimiento, e incluso después, los hospitales fueron dirigidos casi en su totalidad por comunidades religiosas. A partir de la mitad del siglo XIX, el número de hospitales creció mucho, debido sobre todo al descubrimiento de la anestesia y de las técnicas quirúrgicas asépticas y durante el siglo XX la demanda de hospitales también ha aumentado, unida al desarrollo y al progreso.¹⁹

En el estado de Hidalgo es el Hospital General de Pachuca el de mayor complejidad y con demanda de atención, donde el servicio de Cirugía se encuentra ubicado en el cuarto piso cuenta con 30 camas y un aislado, el cual es fundamental para la atención de pacientes.

¹⁹ Historia de la Cirugía. Biblioteca De Consulta Microsoft Encarta. (2005).

2.9.2. Organización, Estructura, Objetivos del servicio de cirugía.

El servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca, es el responsable de toda atención médica quirúrgica urgente y programada a los enfermos que la requieran de forma oportuna e inmediata, esta dividido para atención de hombres las primeras 15 camas y las otras 15 camas las ocupan mujeres que requieren hospitalización y el aislado para enfermos que requieren de cuidados especiales con técnicas de aislamiento.

Organización.

El servicio de cirugía cuenta con: un jefe de servicio a cargo de un médico cirujano, 3 médicos cirujanos generales, 6 subespecialidades en: Gastroenterología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Urología, Oftalmología, Cirugía Vascular, Proctología, Oncología, 8 médicos residentes, 5 médicos internos, 21 enfermeras, 3 intendentes, 1 camillero, 3 encargadas de dietas, 1 trabajadora social, y cuando es necesario interviene las áreas de: Psicología, Tanatología, y Psiquiatría. El personal esta distribuido para cubrir turnos matutino, vespertino, nocturno, especial y días festivos, es decir que funciona las 24 horas de manera interrumpida los 365 días del año.

Los motivos de egreso son por: mejoría, alta voluntaria, referencia a otro nivel de atención (tercer nivel de atención) o por defunción, durante su estancia los pacientes pueden estar acompañados por un familiar o responsable para el manejo de cuidados especiales, apoyo moral y económico con la opción de poder tomar decisiones en el manejo médico-quirúrgico (autorización de tratamiento).

Dentro de su estructura el servicio de cirugía cuenta con un área física adecuada en cuanto a la distribución por salas y camas suficientes, un aislado, la sala de día, control de enfermería, cuarto de curaciones, oficina de trabajo social, tizaneria (para distribución de dietas a pacientes) guardarropa, guarda equipo y botiquín, cuarto séptico, taller de cirugía, oficina de cirugía, sanitario de personal, sanitarios de pacientes (ambos sexos por separado), camillas, sillas de ruedas.

Objetivo general.

Proporcionar atención médica quirúrgica inmediata y oportuna al paciente que presenta padecimiento agudo o crónico, que pone en peligro su vida o la función de uno de sus órganos o miembros, efectúa diagnóstico de probabilidad y certeza para establecer un plan terapéutico.²⁰

Los diagnósticos médicos más frecuentes de atención en este servicio son por padecimientos del Apéndice, Colelitiasis y Colecistitis, Traumatismo Intracraneal, Traumatismos de Órganos Internos, Hernia Inguinal y Umbilical, otros Males de los Intestinos y del Peritoneo, Hemorragia Intracraneal, Tumores IN SITU Benignos y Tumores de Comportamiento Incierto y Desconocido, Traumatismos de Regiones Especificadas, Heridas de Miembro Superior e Inferior, Hiperplasia de la Próstata, Diabetes Mellitus entre otras.²¹

²⁰ Manual De Organización Y Funcionamiento Del Servicio De Cirugía. Hospital General De Pachuca, Hgo. México. (2005).

²¹ Resumen De Egresos Hospitalarios. Archivo Clínico Y Estadística. Hospital General De Pachuca. (2005).

Capítulo 3

Atención a Pacientes en el Hospital General.

La atención a pacientes en el Hospital General de Pachuca, de acuerdo al tipo de patología, se clasifica en tres áreas principales, en Consulta Externa, donde la atención está dirigida a pacientes ambulatorios, es decir a la población que se puede valer por sí misma o con ayuda de familiares y de acuerdo a la enfermedad recibe atención en la especialidad y servicio, el promedio semestral de consultas otorgadas corresponde a 24 477, enero – junio del 2005. Otro servicio y de mayor afluencia de pacientes es Urgencias, ya que aquí se atiende a todo paciente que requiere de una atención inmediata, pueden ser referidos de otras unidades medicas cuando no cuentan con los medios suficientes para la atención y tratamiento, o del lugar donde sufren algún tipo de percance que ponga en peligro la vida; así mismo acuden por propia iniciativa cuando la persona sufre de imprevisto complicaciones de salud, es en este servicio donde se valora y clasifica la gravedad de cada caso y el tipo de atención para determinar si se egresa al paciente por mejoría, por defunción, por referencia a otra institución publica o privada o de tercer nivel de la ciudad de México, o de lo contrario se ingresa a los servicios de hospitalización, sobre todo al servicio de cirugía, muchos de los ingresos de urgencias pasan al área de quirófanos para la realización de algún tipo de procedimiento quirúrgico, la tercer área es hospitalización, la que se inicia desde urgencias cuando el paciente requiere permanecer en observación y vigilancia médica, o ser ingresado directamente en los servicios hospitalarios por el estado crítico que los conduce a Terapia Intensiva, o de acuerdo a la especialidad por padecimiento en cualquiera de los 5 pisos que conforman el área de hospitalización, donde la estancia depende de la recuperación de cada caso.

Los servicios por especialidad básica y subespecialidades hospitalarios se distribuyen de la forma siguiente: Medicina Interna, corresponde al 5º piso donde se atienden todas las enfermedades crónico degenerativas, por médicos especializados en: Nefrología, Neumología, Hematología, Inmunoalergía, Cardiología; En 4º piso corresponde a Cirugía; 3er piso pertenece a Pediatría;

2º piso concierne a Traumatología y Ortopedia y también en otro extremo se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; en 1er. piso compete a Gineco-obstetricia, y la Unidad de Crecimiento y Desarrollo. El promedio total de egresos hospitalarios es de 5, 063, correspondientes al primer semestre 2005.

Por lo que la *morbilidad del servicio de hospitalización* del periodo en estudio, comprende los servicios a que se hace mención incluyendo el servicio de cirugía.

Egresos Hospitalarios Enero-Junio 2005	
Servicio	Total
Cirugía	991
Medicina Interna	927
Pediatría	429
Gineco-Obstetricia	2122
Traumatología Y Ortopedia	599
TOTAL	5063

Fuente: Resumen de egresos hospitalarios.-C18-80 HGP. Enero-junio 2005. Correspondiendo al servicio de Cirugía, el 5.4 por día cama

Las enfermedades atendidas con mayor frecuencia en el servicio de Cirugía hospitalización se describen en el cuadro siguiente:

Pacientes Atendidos En El Servicio De Cirugía, Enero-Junio 2005

No.	Diagnósticos Médicos	Egresos
*	Las demás	309
1	Enfermedades del Apéndice	161
2	Colelitiasis y Colecistitis	150
3	Traumatismo Intracraneal	102
4	Traumatismo de Otros Órganos Internos	60
5	Hernia Inguinal	51
6	Otras Hernias	36
7	Otras Enfermedades de los Intestinos y del Peritoneo	27
8	Hemorragia Intracraneal	24
9	Otros Tumores IN SITU Benignos y Tumores de Comportamiento Incierto y Desconocido	22
10	Traumatismos de Regiones Especificadas, Heridas de Miembro Superior e Inferior	18
11	Hiperplasia de la Próstata	16
12	Diabetes Mellitus	15
Total		991
Fuente: Resumen de egresos hospitalarios.- C18-80 H G P abril-junio 2005.		

No todas las atenciones se resuelven satisfactoriamente por ello tenemos que las causas de mortalidad en el servicio de cirugía se hacen referencia en cuadro siguiente:

MORTALIDAD HOSPITALARIA, SERVICIO DE CIRUGIA ENERO-JUNIO 2005

No.	Causas	Total
1	Accidentes de transporte	10
2	Caídas	9
3	Resto de enfermedades del sistema digestivo	7
4	Septicemia (sepsis)	6
5	Enfermedades cerebrovasculares	5
6	Las demás	5
7	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2
8	Todas las demás causas externas	2
9	Enfermedades del hígado	2
10	Exposición al humo, fuego y llamas	1
11	Lesión autoinfligidas intencionalmente	1
12	Neumonía	1
13	Diabetes mellitus	1
14	Leucemia	1
15	Otras enfermedades del corazón	1
16	Resto de enfermedades del sistema nervioso	1
TOTAL		55
Fuente: Certificados de defunción de expediente clínico, servicio de cirugía enero-junio 2005.		

3.1 Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes (CONAMED, diciembre De 2001).

Se estima que las 3 grandes áreas de atención descritas de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización tienen una importante ocupación y que se representa con el número de servicios a la población, es por ello que todo el personal que labora en las instituciones de salud se compromete a conocer y llevar a la práctica los derechos generales de los pacientes.

Dentro del marco jurídico de un hospital es indispensable que también los pacientes los conozcan y hagan uso de ellos por lo que a continuación se describen de manera específica.

"En términos generales, y en el entendido de que todo derecho trae aparejada una obligación, los usuarios de servicios médicos, conforme a lo señalado en el Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, a la vez que están obligados a sujetarse a disposiciones de la institución prestadora de servicios de atención médica en relación al uso y conservación del mobiliario equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición".²²

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), reitera de manera importante al personal de salud el conocimiento de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, sustentados en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica donde describe los aspectos siguientes:

²² Preguntas Y Respuestas Sobre CONAMED, Cuadernos De Divulgación, Comisión Nacional De Arbitraje Médico, México, (2001).

Recibir Atención Médica Adecuada.

La Ley General de Salud en sus Artículos 51 y 89, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus Artículos 21 y 48, señalan que el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Recibir Trato Digno y Respetuoso.

La Ley General de Salud en sus Artículos 51 y 83 y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus Artículos 25 y 48, hacen referencia a que el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Recibir Información Suficiente, Clara, Oportuna y Veraz.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus Artículos 29 y 30 y la NOM-168SSA1-1998, que se refiere al Expediente Clínico, Numeral 5.5. Marcan que el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Decidir Libremente Sobre Su Atención.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en su Artículo 80. La NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Numerales 4.2 y 10.1.1. y el Anteproyecto del Código – Guía Bioética de Conducta Profesional de la S.S.A., Artículo 4, fracción 4.3. La "Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente" del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10. Describen que el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Otorgar o No Su Consentimiento Válidamente Informado.

La Ley General de Salud, en sus Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos en sus Artículos 80 y 81. ya la NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico en sus Numerales 4.2 y 10.1.1. Relatan que el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ser Tratado Con Confidencialidad.

La NOM-168SSA 1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6. La Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal en su Artículo 36. La Ley General de Salud, en sus Artículos 136,137 y 138. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus Artículos 19 y 35. y la NOM -168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 402 y 10.1.1. Mencionan que el paciente tiene derecho a que toda información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y

no se divulgue mas que con la autorización expresa de su parte incluso la que se derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

Contar Con Facilidades Para Obtener Una Segunda Opinión.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus Artículos 29 y 30. Y la NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9 y 5.5. Enumeran que el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Recibir Atención Médica En Caso De Urgencia.

La Ley General de Salud en su Artículo 55. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus Artículos 71 y 73. Definen que cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Contar Con Un Expediente Clínico.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido. Esto lo podemos encontrar en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en su artículo 32, asimismo en la NOM-168-SSA 1-1998, del Expediente Clínico. Esta Norma Oficial Mexicana que establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

Ser Atendido Cuando Se Inconforme Por La Atención Médica Recibida.

En la Ley General de Salud en su Artículo 54. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus Artículos 19, 51 y 52. Y el Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13. Se plantea que el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.²³

²³ Guía Manejo De Crisis Que Afectan La Seguridad Del Paciente En Hospitales. Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes. Secretaria De Salud. México, (2003).

3.2 Relación Médico-Paciente.

Otro aspecto que debe ser respetado en un ambiente hospitalario, es la comunicación entre el paciente y el personal de salud y juega un papel relevante, porque el trato con el paciente y/o familia fortalece un ambiente de entendimiento sobre la atención del paciente, que como consecuencia de esta buena práctica se desprende una mejor relación, no solamente entre el médico- paciente, sino también de todo el equipo de salud incluyendo a trabajo social, y por consiguiente se considera que:

- La relación médico-paciente se debe establecer en un entorno de respeto mutuo, con un alto sentido de calidad moral, con una preparación técnico científica adecuada, y con la aprobación del paciente de todas las acciones médicas que se requieren para su manejo.
- La información que proporciona el médico al paciente o sus familiares, debe ser en un lenguaje comprensible, que permita que el enfermo tome la decisión de las propuestas terapéuticas y diagnósticas que el médico sugiera.
- El médico tiene la obligación de presentarse correctamente ante el paciente, informando su nombre completo, su especialidad y la actividad que realiza en la institución.
- Tanto el médico como el paciente deben fundamentar su relación en un respeto irrestricto a sus valores y principios.
- Esta relación médico-paciente establece obligaciones mutuas. Los médicos están obligados a actuar con profesionalismo, ética, calidad y tratar al paciente con respeto, y el paciente debe solicitar la información relacionada a su padecimiento y tratamiento, y debe comprender cabalmente el tratamiento propuesto, y participar responsablemente de su cuidado.

- Cuando el paciente esté imposibilitado de expresarse, por su edad o la pérdida de sus facultades, es necesario que un familiar o responsable legal que conozca al paciente informe los datos clínicos necesarios para el proceso de atención médica.

- Bajo ninguna circunstancia el paciente y sus familiares podrán ofender o agredir al equipo de salud. Tendrán la obligación de brindar un trato amable y respetuoso, independientemente de las diferencias existentes.²⁴

Si la población hospitalizada del servicio de cirugía es parte del ambiente hospitalario, y donde la comunicación entre el paciente y el personal de salud, incluyendo a la Trabajadora Social, la relación con el paciente juega un papel importante, porque el trato con el paciente y la familia es esencial, con mayor énfasis se debe retomar estas consideraciones para todo el equipo de salud las aplique de para dar un trato digno.

²⁴ Código De Bioética Para El Personal Del H.G.M. Secretaría De Salud. México, (2005).

3.3 Conducta bioética del equipo de salud.

Se dice que la conducta bioética es fundamental para dar respuestas satisfactorias a las inquietudes y problemas de los grupos mas diversos, derivado de la moderna capacidad de manipulación técnica de la vida humana como lo es el ámbito de la salud, donde el trabajador social se encuentra inmerso y por lo tanto tiene también la necesidad de retomar aspectos que modifiquen actitudes equivocadas por conductas positivas en bien de la población demandante de servicios. Razón por la cual se ha considerado que:

- La información relacionada al proceso de atención médica deba ser manejada bajo las más estrictas reglas de confidencialidad.
- Bajo ninguna circunstancia el equipo de salud puede ignorar, menospreciar, repudiar, cuestionar o ridiculizar los valores del paciente.
- Tiene la obligación de brindar un trato sensible y respetuoso independientemente de las diferencias existentes.
- Por ninguna circunstancia los integrantes del equipo de salud discriminarán a los enfermos, independientemente de las diferencias políticas, religiosas, sexuales y raciales.
- El equipo de salud debe recibir un trato respetuoso y cordial, por parte del enfermo y de sus familiares.
- Bajo ninguna circunstancia se justifica que el equipo de salud haga uso de los recursos de la institución para fines personales.
- El equipo de salud debe:
 - Evitar comentarios y acciones que lesionen la imagen o prestigio de otro médico o de la institución.
 - Evitar hacer comentarios en público o reuniones sociales en relación a aspectos médicos de los pacientes.
 - No aceptar remuneración económica, cuando ésta provenga del paciente o familiares en pago de su labor institucional. Lo anterior es inmoral y es una falta profesional grave.

3.4 Atributos del personal de salud.

Toda persona tiene atributos los cuales pueden pasar inadvertidos, es por eso que a continuación se describen algunos atributos del personal de salud, que dedican su vida a la noble tarea de proteger o aliviar la salud de sus semejantes, deben procurar cultivar algunas cualidades que intentarán mantener o acrecentar cotidianamente. Los atributos a que se refiere este artículo tiene particular interés por:

- ◆ La vocación de servicio es una disposición de realizar su mayor esfuerzo en provecho de las personas a quienes sirve.
- ◆ Honorabilidad equivale al comportamiento acorde con los dictados de una conciencia recta y limpia.
- ◆ Nobleza se refiere al deseo de ayuda y compasión hacia los que sufren o requieren sus servicios.
- ◆ Bondad es el trato amable y cuidadoso con los usuarios y sus familiares, colegas y demás miembros del equipo de salud.
- ◆ Responsabilidad se refiere al firme propósito de cumplir con las funciones de atención a la salud que tiene asignadas.
- ◆ Tenacidad implica la perseverancia en las acciones en beneficio de los usuarios.
- ◆ Flexibilidad comprende la tolerancia y búsqueda de alternativas que sean aceptadas por usuarios y colegas.
- ◆ Superación es estar en continua actualización para ofrecer a los usuarios las mejores posibilidades en su atención.
- ◆ Sentido de equipo es el actuar con respeto y reconocimiento para todos los componentes del equipo de salud.
- ◆ Lealtad a la institución es preservar y cooperar a la superación de la imagen de su Institución ante la sociedad.

- ◆ Humildad equivale al reconocimiento de los errores cometidos y corrección cuando es posible.

Dichos atributos permiten llevar a cabo las actividades de una forma menos tediosa y mejoran la comunicación de modo trascendental para lograr la misión, visión y objetivos de la institución. En muchas de las ocasiones solo se pierden de vista, y afectan en gran medida la imagen del personal y por ende, la imagen institucional.

3.5 Código de Ética de los Servidores Públicos.

La ética y el trabajo social se vinculan sobre todo en el proceso de intervención profesional que le permiten desarrollar su trabajo de manera loable.

Por tal razón es necesario adquirir el compromiso con el bien común lo que implica que el servidor público esté consciente de que el servicio público es un patrimonio que pertenece a todos los mexicanos y que representa una misión que sólo adquiere legitimidad cuando busca satisfacer las demandas sociales y no cuando se persiguen beneficios individuales, por lo cual a continuación se describe el código de ética para que el servidor público pueda:

✿ Rendir cuentas, lo que significa asumir plenamente ante la sociedad, la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a la evaluación de la propia sociedad. Por lo tanto está obligado a realizar sus funciones con eficacia y calidad, así como a contar permanentemente con la disposición para desarrollar procesos de mejora continua, de modernización y de optimización de recursos públicos.

✿ Actuar con honestidad, es decir ser íntegro, atendiendo siempre a la verdad. Porque al conducirse de esta manera, el servidor público fomentará la credibilidad de la sociedad en las instituciones públicas, como es el caso del Hospital General de Pachuca para contribuir a la generación de una cultura de confianza y de apego a la verdad.

✿ Conducirse con honradez, no deberá utilizar su cargo público para obtener algún provecho o ventaja personal o a favor de terceros. Tampoco deberá buscar o aceptar compensaciones o prestaciones de cualquier persona u organización que puedan comprometer su desempeño como servidor público.

✿ Comportarse con una actitud sensible, generosa y solidaria, de respeto y apoyo hacia la sociedad y los servidores públicos con quienes interactúa. Esta

conducta debe ofrecerse con especial atención hacia las personas o grupos sociales que carecen de los elementos suficientes para alcanzar su desarrollo integral, como los adultos en plenitud, los niños, las personas con capacidades especiales, los miembros de nuestras etnias y quienes menos tienen y requieren atención por daños de salud.

☀ Actuar sin conceder preferencias o privilegios indebidos a organización o persona alguna, es decir debe ser imparcial. Su compromiso es tomar decisiones y ejercer sus funciones de manera objetiva, sin prejuicios personales y sin permitir la influencia indebida de otras personas.

☀ Prestar los servicios que se le han encomendado a todos los miembros de la sociedad que tengan derecho a recibirlos, con igualdad, sin importar su sexo, edad, raza, credo, religión o preferencia política. No debe permitir que influyan en su actuación, circunstancias ajenas que propicien el incumplimiento de la responsabilidad que tiene para brindar a quien le corresponde los servicios públicos a su cargo.

☀ Conducirse invariablemente con apego a las normas jurídicas inherentes a la función que desempeña. Respetar el Estado de Derecho es una responsabilidad que, más que nadie, debe asumir y cumplir. Para ello, tiene la obligación de conocer, cumplir y hacer cumplir las disposiciones jurídicas que regulen el ejercicio de sus funciones.

☀ Dar a las personas un trato digno, cortés, cordial y tolerante ser justo. Está obligado a reconocer y considerar en todo momento los derechos, libertades y cualidades inherentes a la condición humana.

☀ Permitir y garantizar el acceso a la información gubernamental, con transparencia, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad de los particulares establecidos por la ley. La transparencia en el servicio

público también implica que el servidor público haga un uso responsable y claro de los recursos públicos, eliminando cualquier discrecionalidad indebida en su aplicación.

✿ Convertirse en un decidido promotor de valores y principios en la sociedad, partiendo de su ejemplo personal al aplicar cabalmente en el desempeño de su cargo público este Código de Ética y el Código de Conducta de la institución pública a la que esté adscrito. El liderazgo también debe asumirlo dentro de la institución pública en que se desempeñe, fomentando aquellas conductas que promuevan una cultura ética y de calidad en el servicio y.

✿ Adquirir responsabilidad especial, ya que a través de su actitud, actuación y desempeño se construye la confianza de los ciudadanos en sus instituciones.

✿ Se dice que el Bien común.- equivale a las decisiones y acciones del servidor público que deben estar dirigidas a la satisfacción de las necesidades e intereses de la sociedad, por encima de intereses particulares ajenos al bienestar de la colectividad, por lo que el servidor público no debe permitir que influyan en sus juicios y conducta, intereses que puedan perjudicar o beneficiar a personas o grupos en detrimento del bienestar de la sociedad.²⁵

²⁵ Código De Ética De Los Servidores Públicos. Secretaría De Salud. México, 2003

Capítulo 4

La Familia y su Vínculo con el Enfermo Hospitalizado

4.1.2. Conceptos de familia.

De acuerdo al Código Familiar Reformado y de Procedimientos Familiares de Hidalgo, describe "La familia es una institución social, permanente, compuesta por un conjunto de personas unidas por el vínculo jurídico del matrimonio o por el estado jurídico, del concubinato; por el parentesco de consanguinidad, adopción o afinidad."

Reconoce a la familia como el fundamento primordial de la sociedad y el Estado, garantiza la protección de la familia en su constitución y autoridad, como la base necesaria del orden social, indispensable al bienestar del Estado ya que la familia tendrá como función, la convivencia de sus miembros por medio de la permanencia y estabilidad de sus relaciones, permitiendo satisfacer las necesidades de subsistencia, defensa y seguirá siendo la esencia sobre la cual evolucione el Estado.²⁶

Desde el punto de vista sociológico se define a la familia como una unidad social de base comunitaria, constituida por los lazos naturales originarios y espontáneos creados entre sus miembros y su relación familiar con los descendientes que le sobrevengan, por afinidad, consanguinidad

4.1.2 Tipos de familia

La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

²⁶ Código Familiar Y De Procedimientos Familiares Reformado Para El Estado De Hidalgo. Editorial Cajica. México. 2004

La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos(as) se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.²⁷

Es por ello que la familia es una unidad social, que se enfrenta una serie de tareas de desarrollo, con diferencias culturales, pero con raíces universales, para adherir los principios que constituyen la base de todos los hogares para enfrentar el desafío de cambios tanto internos como externos, y mantener al mismo tiempo, su continuidad,

²⁷ Tipos de Familia. Minuchin Salvador. Gedisa. Madrid, (1980)

ya que debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adaptan a una sociedad en transición.²⁸

4.1.3. Funciones de la familia.

En la familia ha permanecido la función asistencial, al asegurar la atención para la subsistencia de sus miembros dependientes. Las funciones de la familia tradicional de sus miembros se basaban en la estricta diferenciación de sus roles en función al sexo y edad. Es aquí donde la mujer prestaba un servicio fundamental de apoyo a la estabilidad, de forma que la estructura de esta clase de familia descansaba en las mujeres-cuidadoras.

En las últimas décadas por una serie de cambios que han forzado a un replanteamiento de la situación familiar sobre todo por los cambios socioculturales, la incorporación de la mujer al campo laboral y productivo ha sido fundamental, así como los nuevos modelos de familias tales como las monoparentales y el desarrollo cada vez mas extendido de la familia nuclear donde conviven ya solamente los padres y los hijos hasta su emancipación.

Funciones de la familia nuclear moderna.- acentuación de la pareja conyugal: en el sentido de Durkheim, según el cual la pareja de cónyuges constituyen el núcleo básico y permanente de la familia. La forma matrimonial es la monogámica, que no solo es una exigencia legal, sino también ética. El vínculo matrimonial se establece mediante el matrimonio civil o religioso y se disuelve a través del divorcio. La presencia de los hijos es limitada y transitoria y termina una vez que han alcanzado la madurez suficiente. En contraste con el pasado los niños ya no comparten con los padres tareas de producción económica en el hogar. Aquí se abre un campo problemático para las parejas ancianas que viven en una situación tradicional de

²⁸ Familias y Terapia Familiar. Minuchin Salvador. Gedisa, Madrid, (1991)

"prestar ayuda" por parte de los hijos se ha relajado y quienes tienen jubilación apenas es suficiente.

Función económica, está representada por las empresas familiares y las explotaciones familiares campesinas, pero los miembros de las familias ya no trabajan en el seno de la familia ni trabajan juntos.

Función de protección, la familia ha brindado protección social a sus miembros en el sentido de defender las vidas y propiedades de estos.

Función afectiva, la familia moderna se constituye sobre la base afectiva de los cónyuges, ya que el afecto es un elemento de gran importancia en el desarrollo sanitario, emocional y psicológico de los niños y en todas edades, altas tasas de enfermedades y mortalidad son debidas a la falta de afecto sobre todo por abandono.

Función educativa o socializadora, "En el seno de la familia se genera la persona sociocultural del ser humano." a través de mecanismos que aprenden socialmente, de forma interactiva, primero convierte al ser humano en sociable a medida que este coordina sus funciones fisiológicas básicas y pone en práctica sus facultades de comunicación; y segundo cuando es a través del aprendizaje de roles, normas y valores de la sociedad en que vive.²⁹

Función subsidiaria en la cual, los padres apoyan a los hijos por medio de su guía, educación y formación hasta que puedan valerse por sí mismos.

Función solidaria en la familia se da una interrelación familiar y apoyo mutuo entre todos los miembros en forma desinteresada.

"La familia y la persona humana, caminan indisolublemente unidas, la familia, antes que lugar de íntima convivencia, antes que organismo nuclear de la sociedad, antes que forma celular tributaria de un modelo socioeconómico, es la revelación al hombre

²⁹ Anales De Trabajo Social. Tello Peón, N.E. UNAM. Revista No. 1. México, (2000).

de la identidad del hombre. Es el primero, el más fundamental, el más específico, el más real y concreto encuentro humano del hombre"

Es en ella, donde el amor adquiere su máxima expresión, absoluta, radical, incondicional, por ser como una expresión prolongada del amor conyugal entre los esposos.³⁰

No podemos dejar pasar desapercibido aquellos hogares con jefas mujeres. Por lo que dentro del contexto económico y social, por efecto de la crisis económica han hecho evidente la creciente participación de las mujeres en la generación del ingreso familiar, sobre todo en las familias mexicanas con menores ingresos y el deterioro de los niveles de vida, la escasez desempleo masculino. La mujer se ve obligada a asumir el cargo no solo del trabajo doméstico sino también de la manutención económica del hogar; hasta esta fecha no se tiene aún un diagnóstico socio-demográfico de las mujeres jefas de familia.

Se puede observar que los hogares que tienen jefas mujeres presentan mayor vulnerabilidad económica y social por factores asociados a la estructura del hogar, tienen más edad, menor escolaridad y obtienen ingresos menores, además de ser la mayoría viudas, divorciadas o separadas y los hogares se concentran más en la última etapa del ciclo vital, son más pequeños y tienen mayor extensión familiar, son hogares sin cónyuge y con hijos solteros. Por lo que se debe de reconocer que la pobreza en nuestro país no se restringe en los hogares con jefas mujeres y que no todos estos hogares se enfrentan a situaciones de vulnerabilidad económica y social. La prevalencia de jefaturas femeninas demandan y justifican una atención especial del fenómeno dentro de los programas de política social.

³⁰ Documento 40 ONGS sobre la familia, Instituto de Ciencias para la familia, Pamplona (1995).

"La familia mexicana se caracteriza (¿y aún hoy?) por tener poco padre, demasiada madre, abundancia de hermanos y escasez de sexo" (Ponce et al., 1989).³¹

4.2 Las tradiciones.

Ahora bien, respecto a los aspectos culturales encontramos que las tradiciones y costumbres de la población solicitante de los servicios de salud, influyen y determinan la oportunidad de la atención en el hospital y específicamente en el servicio de cirugía donde se enfrentan problemas que pueden o no beneficiar la salud del mismo debido a las tradiciones y costumbres que prevalecen dentro del seno familiar por lo que a continuación se menciona cada uno de estos aspectos:

La tradición, es un modo colectivo de comportamiento ya establecido, que está allí, como una pauta o ruta que invita a ser seguida, y que ya ejerce la característica presión de los hechos sociales, pero no son considerados como obligatorias. Puede decirse que la tradición no está dotada de "validez", puesto que nadie exige su cumplimiento.

En la tradición falta la distinción entre el presente y el pasado, entre sí y los demás, lo que hace de ella una forma primitiva e impropia. Los miembros del grupo social donde tales tradiciones rigen, no consideran que aquellas personas que no las cumplen hayan infringido ninguna norma obligatoria.

Se transmiten de padres a hijos al correr los tiempos y suele suceder en las generaciones. En especial tradición, es la costumbre de una antigua práctica que impone respeto en virtud de su largo pasado. Una práctica iniciada por imposición autoritaria puede en determinadas circunstancias, llegar a hacerse tradicional, pero, en sentido estricto, la tradición no puede ser decretada, ya que su aceptación se

Familias Y Relaciones de Género. Cambios Trascendentales En América Latina Y El Caribe Schmukler, Beatriz. Edamex, México, (1998).

basa en la convicción tácita de que su perduración a través de los tiempos acredite su valía y justifica su mantenimiento.³²

4.3 Las costumbres.

Las costumbres individuales o hábitos son realizados mecánicamente sin reflexión; el realizar lo mismo todos los días o constantemente se convierte en costumbre. Por ello se pueden resumir como definiciones tradicionales de las estructuras sociales fundamentales y de relaciones que la propia sociedad o de un grupo determinado considerado esencialmente para su estabilidad en un lugar y período determinado. Permite a los individuos adultos encontrarse pertrechados para enfrentarse a la mayoría de los problemas que entrañan las relaciones sociales sin necesidad de recurrir a otros procedimientos más racionales u objetivos.

Algunas de estas costumbres son las religiosas, lo que significa para las personas el acudir periódicamente a la iglesia, percinarse ante una iglesia o altar, recibir la bendición por parte de la madre, padre o abuelo. Dentro de las costumbres sociales tenemos como ejemplo el matrimonio que es un requisito para poder realizar legalmente las relaciones sexuales.

4.4 Estrato social.

Las llamadas clases o estratos sociales constituyen uno de los círculos colectivos de mayor volumen y relieve. Algunos grandes grupos totales o suprafuncionales, como la comunidad social, la nación, e incluso sectores más extensos, se hallan estratificados en varios niveles o capas, diferenciado por características específicas como la situación económica, la posición social, los modos de vida y las posibilidades de sus miembros.

Las clases sociales son grandes conjuntos de personas, que se distinguen por los rasgos específicos de su cultura y su situación económica. Aún cuando el factor

³² Individuo, Grupo Y Sociedad. Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud. México, (2000).

económico tiene una gran importancia para la determinación de la clase social, en realidad el factor decisivo es el de la cultura, puesto que sólo es posible el paso de los individuos de uno a otro círculo mediante la adaptación cultural. Estas clases no están tajantemente delimitadas una frente a la otra, sino que, por el contrario, en sus zonas marginales están ínter penetradas la una con la otra, dando eso lugar a la existencia de clases mixtas.

"En consecuencia, hay en las clases sociales muchos estados intermedios fundamentados en situación económica y en transiciones de cultura".

La clase social constituye, como ya se ha dicho, un círculo colectivo, definido por unos modos de vida característicos, por la coincidencia de unos intereses, y por el sentimiento de constituir un grupo diferente de las otras clases sociales. Los miembros de una clase social tienen una conciencia de pertenencia a ella. Esta conciencia comprende dos aspectos: el darse cuenta de tener con los demás miembros de su clase unas características comunes; y comprende al mismo tiempo darse cuenta de que hay otras clases diferentes situadas a distintos niveles, es decir, el darse cuenta de que objetivamente hay una jerarquía entre las clases.³³

Le Bon, denomina al grupo social, muchedumbre desde el punto de vista psicológico. Individuos semejantes o desemejantes, que sean género de su vida, de sus ocupaciones, de su carácter y de su inteligencia y su pensar, poseen alma colectiva que los hace pensar, sentir y obrar de manera diferente. Emiten ideas y sentimientos.

El grupo social, también es el conjunto de personas que se caracterizan porque - existen roles o papeles interrelacionados; valores y creencias, relaciones recíprocas, que los diferencian de otro(s) grupo(s) Se derivan el grupo primario- de amigos de juego, la familia son: de larga duración. Y el secundario - una fábrica, tiene estabilidad, organización, obligaciones delimitadas y precisas. De donde surge una relación social que permite a varias personas actuar entre sí recíprocamente.³⁴

³³ **Ibidem Pág. 56**

³⁴ *Sociología...* AZUARA PÉREZ, Leandro. México: Porrúa. (2002)

Esto incluye también a las instituciones como un organismo o grupo social que, con unos determinados medios, persigue la realización de fines o propósitos. Sin embargo, dentro de la literatura económica, se utiliza el concepto "institución" como algo más genérico: la forma en que se relacionan los seres humanos de una determinada sociedad o colectivo, buscando el mayor beneficio para el grupo. Son los usos, hábitos, costumbres o normas por los que se rigen las relaciones sociales y económicas entre los miembros del grupo. El beneficio de la institución es mayor cuanto más eficiencia genere en la economía y minimice los costos de transacción y de información entre más sencillas sean las reglas y menor sea el número de individuos que las tienen que ejecutar para lograr la estabilidad se hace referencia a las interrelaciones internas dentro de dicha institución.³⁵

4.5 Prejuicios.

La conciencia de clase origina con frecuencia el nacimiento y el desarrollo de prejuicios y de conductas discriminatorias, grave mal social que consiste en juzgar a las personas no en tanto como individuos, según sus méritos y sus deméritos individuales, sino tan sólo por ser miembros de un determinado grupo al que se tiene una depreciación. El prejuicio puede ser desarrollado por aquellas personas que sufren gran inseguridad acerca de su propio valor personal. Otro factor de suma importancia que da lugar al prejuicio son las actitudes familiares, si el individuo se desarrolla en un ambiente autoritario o se tiene una tendencia a ser prejuicioso.³⁶

4.6 CULTURA

La (Enciclopedia Hispánica, 1982) define que "La cultura es el conjunto de elementos del mundo humano constituidos por las diversidades del lenguaje, ideas, creencias, códigos sociales, técnicas, ritos, y concepciones artísticas, éticas y religiosas...constituyen una creación propia y particular de los grupos humanos".

³⁵ El concepto de "institución" (2005) En World Wide Web <http://www.eumed.net/cursecon/1/instconcepto.htm>

³⁶ Factores Sociales Y Culturales de la Conducta. Individuo Grupo Y Sociedad. (2002). En World Wide Web <http://www.fortunecity.com/campus/lawns/380/facsocculcon.htm>.

Cuando los pueblos, como el mexicano, proceden de distintas raíces culturales, la falta de equilibrio en las respuestas a la satisfacción de las demandas de una comunidad diversa, es la principal fuente generadora de sectarismos, racismos, discriminaciones, destrucción de los bienes comunitarios, etc. Tanto en la formación de una cultura nacional mexicana, como en la participación de todos los grupos sociales en los beneficios derivados.

Cuando una persona se muda de lugar y se expone a una cultura nueva para él, que le representa ansiedad, confusión de valores y nuevas amenazas a su seguridad personal, le provoca un choque cultural. Es por ello que para lograr la integración de los individuos a la nueva cultura, es necesario conocer y actuar conforme al nuevo sistema de valores y creencias, hasta que logran su adaptación y es cuando se da el cambio cultural. Por tal razón que la cultura es un elemento que conforma los procesos sociales e integra a las sociedades, y en consecuencia el término cultura se refiere a "la forma de vida de la sociedad".³⁷

El entorno ambiental y nuestra cultura son el principal legado para las generaciones futuras, por lo que los servidores públicos también tienen la responsabilidad de promover en la sociedad su protección y conservación, por lo que al realizar sus actividades, debe evitar la afectación de nuestro patrimonio cultural y del ecosistema donde vivimos, asumiendo una voluntad de respeto, defensa y preservación de la cultura y del medio ambiente de nuestro país, que se refleje en sus decisiones y actos.

37 La Cultura Organizacional De México. Hitos de Ciencias Económico Administrativas. Vargas Hernandez, J.G. Segunda Parte, (2001)

Capítulo 5

Trabajo Médico Social.

5.1 Antecedentes

Es importante precisar desde cuándo y porqué ha sido necesaria la intervención de Trabajadores Sociales en el campo de la salud en las principales unidades médicas, y darnos cuenta que este escenario es uno de los más desarrollados por Trabajadores Sociales, implicando también a las instituciones educativas para procurar una mejor formación académica hacia los profesionistas de esta rama que les permita enfrentar las problemáticas derivadas de la enfermedad en los aspectos Bio – Psico – sociales.

A nivel internacional encontramos como antecedente que la primera trabajadora social que desarrolló un programa específico en el área médico-social, fue probablemente porque en el año 1905, el *Massachusetts General Hospital* de Boston, a iniciativa del doctor Richard C. Cabot, solicitó la cooperación de una trabajadora social para establecer el departamento de servicio social en dicha institución.³⁸

En México la Secretaría de Asistencia Pública fue creada en 1937. A través de la Escuela de Salubridad del Departamento de Salubridad Pública donde se impartió un curso para auxiliares de trabajo social, señalado en el Art. 28 de los principios del mismo departamento que: “Es deber del Estado Mexicano crear un tipo de visitadora social, eficaz, activa y honorable, capaz de ser maestra de salubridad y de recoger con fidelidad los elementos de información social demográfica”.

En 1937 el Lic. Silvestre Guerrero, secretario de Asistencia Pública solicitó de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la inclusión de la clase de “Trabajadoras Sociales” dentro del grupo de especialistas. La Trabajadora Social fue un elemento clave de la oficina de Cooperación Privada y Acción Social de la Dirección de

³⁸ Manual De Trabajo Social. La Prensa Medica Mexicana. Castellanos, M^º. México. (1981)

Asistencia Infantil de la Secretaría de Asistencia Pública por su labor de: investigación, promoción, coordinación y seguimiento del caso hasta su mejoría o resolución positiva.

El departamento de Asistencia Social contaba en 1937 con 35 investigadoras sociales en calidad, aumentaron a 60 en 1939. Por otro lado la Secretaria de Salubridad y Asistencia, desde 1943, ha tenido significativa intervención de trabajadoras sociales algunas empíricas y otras egresadas de las escuelas de esa época.

En el Hospital Infantil de México, en 1943, se funda el servicio de Trabajo Social la señora M. Urquidi, por breve lapso y después por la trabajadora social Maria Elena Rincón, con Master en Trabajo Social de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, distinguida por su capacidad, amor al servicio y vocación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1943 incorpora Trabajadoras Sociales a la oficina de Estudios Económicos y Sociales, dedicándose al estudio de las inconformidades, tales como el exceso de tramites en la atención médica extemporalidad de los servicios, dilación en el pago de subsidios, mas tarde dependieron del departamento jurídico con actividades polifacéticas, después de la Subdirección General Médica, su finalidad era establecer un nexo entre el usuario y la institución.

En 1905, es inaugurado el Hospital General de México, y aunque existen pocos datos de personas con mayor antigüedad, desde su inicio se contó con personas empíricas que se encargaban de fijar las cuotas de restitución y en contadas ocasiones se hacían cargo de problemas de orden social, trabajo desarrollado en la oficina de admisión de enfermos. Entre los años de 1948 y 1949 se incorporan 2 trabajadoras sociales, para atender los servicios de Admisión, Consulta Externa, Urgencias Médicas, Medicina Preventiva, Ontología y Relaciones Públicas, que con

el tiempo se fue ampliando el número de trabajadoras sociales, que eran capacitadas por 2 meses en el Hospital Juárez de México.

En salud mental en 1948, la intervención de trabajo social se hizo presente por 2 trabajadoras sociales impulsadas por la doctora Matilde Rodríguez. En los Hospitales de Urgencias Médico Quirúrgicas del Distrito Federal, desde el Régimen del General Porfirio Díaz, iniciaron funciones de asistencia las Damas Voluntarias y substituidas por Trabajadoras Sociales, a iniciativa del Dr. Montes de Oca.

En el Instituto Nacional de Nutrición, hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, trabajo social por iniciativa del Dr. Salvador Zubirán, empezó a existir, pero por personal empírico que establecían las cuotas de recuperación mediante la clasificación socioeconómica de los pacientes.

El Instituto de la Comunicación Humana, en 1955, se inicia el trabajo social por dos señoras voluntarias y una trabajadora social.

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE en 1959 al surgir la Subdirección General Médica, se crea un departamento de Trabajo Social, integrado por la trabajadora Social Lidia Cárdenas, cuyas funciones eran visitas domiciliarias, estudio y tratamiento social de pacientes ambulatorios, orientación a derechohabientes, fomento de actividades sociales y culturales.

En el Instituto Nacional de Cardiología desde 1944, el servicio de trabajo social estuvo a cargo de personal empírico que realizaba visitas a enfermos y daba ayuda "espiritual" y asignaba cuotas de recuperación, hasta 1964 contó formalmente con trabajadoras sociales, que investigaban la situación social y económica de los pacientes para integrar diagnóstico médico social.

En el estado de Hidalgo fue en el Hospital Psiquiátrico Campestre hoy conocido como Villa "Ocaranza" donde se dio origen al departamento de Trabajo Social en el año de 1968 conformado por 7 trabajadoras sociales egresadas de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Así mismo en el Hospital Civil de Pachuca, Hospital Infantil de Pachuca, actualmente Hospital del Niño D.I.F. se conforman los departamentos con las primeras Trabajadoras Sociales egresadas de la escuela de Trabajo Social de la U.A.E.H.

Dentro de las funciones y actividades eran: la elaboración de estudios socio-económicos, para determinar la capacidad de pago, instrumentos realizados por los mismos Trabajadores Sociales, Historias sociales, Visitas Domiciliarias, Localización de familiares, Notas de evolución, manejo de casos y de grupos, Asistencia y participación en sesiones.

En las clínicas del IMSS y del ISSSTE, se cuenta con trabajo social desde la fundación de dichas instituciones. Y en el Hospital General de Pachuca, desde su inauguración en el año de 1978 se forma el departamento de trabajo social con trabajadoras sociales, y hasta el momento existen 6 jefes en el departamento con incremento de personal y funciones específicas distribuidas en todos los turnos matutino, vespertino, nocturnos y especial para cubrir las veinticuatro horas los trescientos sesenta y cinco días del año en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias.³⁹

La metodología empleada por trabajadoras sociales, en estas instituciones es Trabajo Social de Casos, como se observa en la década de los 70's se incorpora el Trabajo Social de Grupos, donde se vinculan las corrientes del Humanismo, Socialismo, Positivismo, Funcionalismo, Liberalismo.⁴⁰

³⁹ Archivos De Trabajo Social. Departamento De Trabajo Social, Hospital General De Pachuca. (2005).

⁴⁰ El Trabajo Social En México. Desarrollo Y Perspectivas. Valero, Chávez, Aída. UNAM. Escuela Nacional De Trabajo Social. México, (1994).

5.2 Conceptos y definiciones.

Es necesario distinguir algunos conceptos y definiciones sobre trabajo social elaborados por diferentes autores, para discrepar lo que para ellos significan y su relación con este campo de aplicación.

Definición de Trabajo Social

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, el fortalecimiento y la soberanía del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.⁴¹

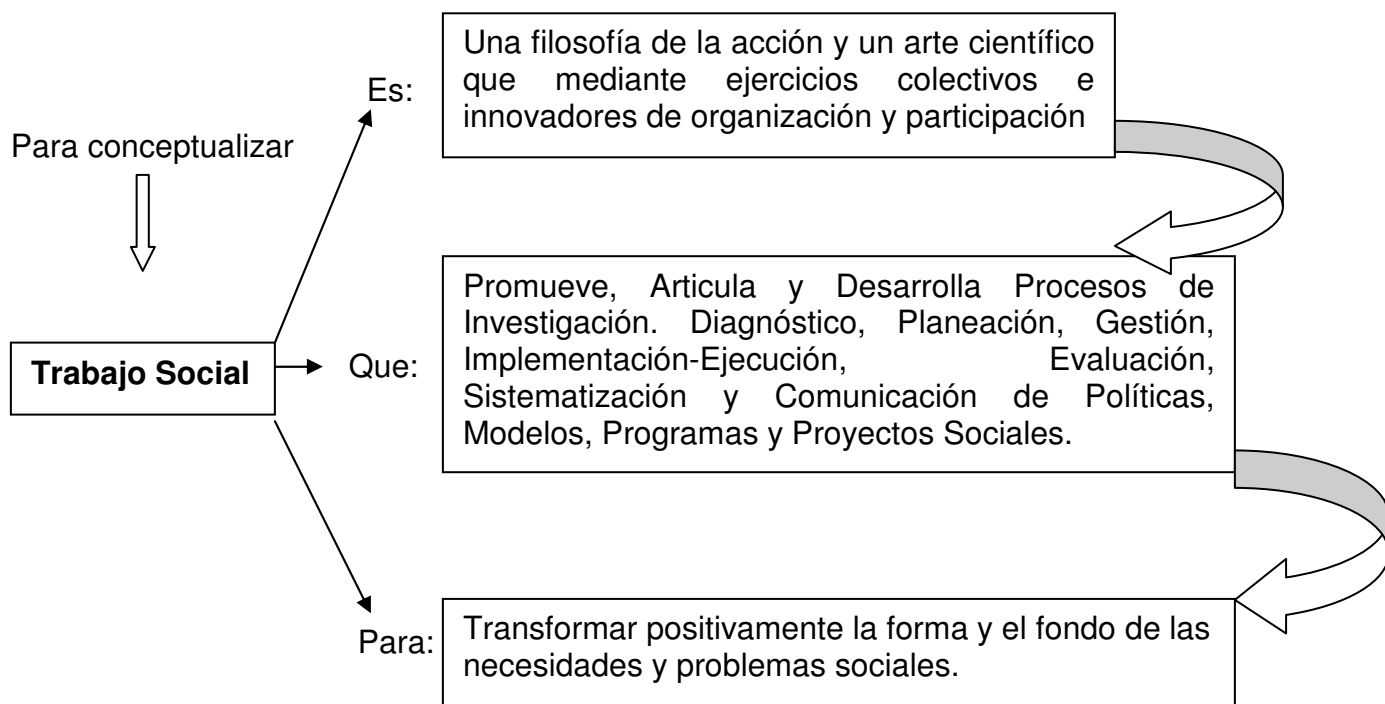
Ezequiel Ander Egg. (1981) define que Trabajo Social "se apoya en conocimientos teóricos que proporcionan las diferentes ciencias sociales, y se vale igualmente de técnicas de investigación, programación, intervención y evaluación comunes a estas disciplinas", y la originalidad de la profesión "radica en la capacidad y creatividad para lograr la integración de todos los elementos desde la propia perspectiva operativa".

El Trabajo Social en el campo de la salud es la actividad que se ocupa, mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de los aspectos psico-sociales, de la persona ingresada, de sus familiares y sus redes sociales más próximas, que la enfermedad no sea motivo de pérdida de la calidad de vida, discriminación o marginación social de la medicina.⁴²

⁴² Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica. Montreal, (2000). <http://www.ts.ucr.ac.cr/decla-006.htm> def. T.S. Montréal

⁴² Departamento de Trabajo Social, Universidad de Guadalajara. (2004). En World Wide Web <http://fuentes.csh.udg.mx/divdep/deps/dtrabsoc.htm>.

En consecuencia trabajo social se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes, para que las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, basándose en el respeto a la igualdad, el valor y la dignidad de todas personas, la honestidad, lucha por mitigar la pobreza y redimir a los grupos vulnerables, excluidos y oprimidos, promoviendo su inclusión social, se enfoca a la solución de problemas sociales, como agente de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades, basa su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la práctica, es por ello que:



Es decir que Trabajo Social como filosofía de la acción es un arte que mediante ejercicios colectivos e innovadores de organización y participación social genera, promueve y realiza procesos de investigación, diagnóstico, planeación, gestión, desarrollo, evaluación y sistematización y comunicación de políticas, modelos, planes, programas y proyectos sociales, indispensables para transformar

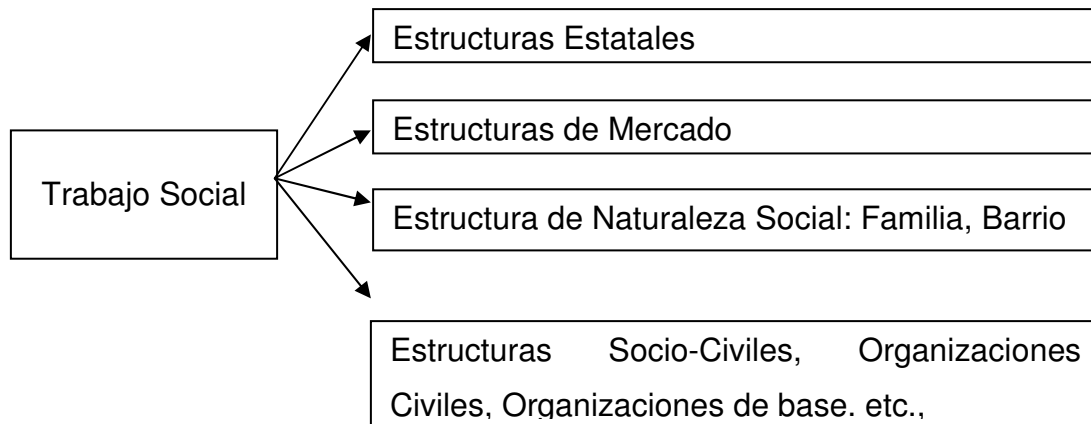
positivamente la forma y el fondo de las necesidades y problemas sentidos de la población, cuya relación entre el Objeto – Sujeto, y se representa de manera siguiente:



Esto significa que Trabajo Social debe identificar su objeto de intervención que comprende los problemas y necesidades sociales, por otra parte debe ubicar al sujeto de acción, como son los sectores, grupos que se articulan a partir de las necesidades y problemas sociales ante esta situación social es necesario que exista un puente o vinculación que le da un rango al trabajo social de quehacer profesional que se denomina metodología y son todos los procedimientos y técnicas, recursos sociales, insumos, instrumentos, que nuestra profesión utiliza para dar capacidad de respuesta a las necesidades y problemas sociales de los colectivos humanos para construir la equidad e igualdad social, para acortar distancias coyunturales como estructurales entre el pobre y el rico, entre el obrero y el patrón, entre el hombre y la mujer, entre minorías étnicas y entre el gobierno y la ciudadanía, sobre todo entre las

familias y las instituciones, con posturas religiosas, entre regiones la ciudad y el campo, la producción y la ecología y entre otros.⁴³

Así también Trabajo Social, tiene una Estructura Social la cuál tiene una Articulación de Servicios Sociales con las:



Por ello la actuación profesional de Trabajo Social se canaliza e interrelaciona mediante métodos y técnicas propias para que las personas, grupos y comunidades obtengan una atención de acuerdo a cada tipo de problema contribuyendo a generar la organización y participación social, en el caso específico de salud la familia es el grupo más importante. Al acompañar en los procesos sociales encamina la construcción de sujetos sociales que les permite tener autonomía, esto implica la posibilidad de identificar y dar capacidad de respuesta a los problemas y necesidades de los usuarios.

Es preciso establecer que el quehacer profesional de Trabajo Social, se sitúa en una estructura social, entendida como "un conjunto de modos en los que las prácticas de grupos e individuos están organizados (instituciones) y relacionados entre sí (procesos sociales), en consecuencia se crean ejes de desigualdad que conforman la identificación de esos individuos y grupos, de igual forma los cursos de acción social (individual y colectiva).

En éste sentido se emana de la estructura social, que se configura de instituciones, reglas y recursos, es decir integra el sistema de posiciones jerarquizado y no solo desde el punto de vista en la función de la división la sociedad socio-económica sino en función de todos los ejes de desigualdad y dominación social y cultural. Para Trabajo Social la estructura social a que se ha hecho referencia tiene 4 componentes que son las estructuras estatales, las de mercado, las de la sociedad civil y las de la familia.⁴⁴

5.3 Las etapas del proceso metodológico de trabajo social.

Norberto Alayón, considera cinco etapas que caracterizan al procedimiento metodológico básico de Trabajo Social.

Este proceso es la dimensión operativa de la estrategia y estructura a la intervención como un proceso compuesto de un campo de etapas. Cada etapa supone el desarrollo de un conjunto de actividades apoyadas en variadas técnicas.

Estas etapas son:

La investigación social: en el procedimiento metodológico de Trabajo Social se incorpora la investigación social como una etapa del proceso de intervención, con el objeto de conocer el problema en el que se pretende intervenir. La forma de orientar la investigación depende de la corriente de pensamiento en la que se inscribe cada propuesta.

El diagnóstico social: etapa que se estructura en base a definiciones y procedimientos derivados de la medicina, de la sociología, y de la psicología y consiste en el tratamiento de la información, recabada en el estudio previo, y se realiza para identificar las características particulares del problema y valorar que tipo

⁴⁴ Bienestar Social Y Políticas. Evangelista Martínez, Elí. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México, (2004).

de situación debe enfrentar la intervención profesional, y cual es la forma de intervención profesional adecuada al problema.

La planificación: etapa que se encuentra en base a los lineamientos típicos de la administración y de la planificación su objetivo es ordenar y organizar el tratamiento del problema, estableciendo estrategias de acción, seleccionando para ello objetivos, actividades, recursos y tiempos, que se consideran los más adecuados al problema.

La ejecución, se dice que esta etapa se pone en práctica a partir de los proyectos elaborados en la etapa anterior.

La evaluación, es una etapa terminal y también un proceso permanente a lo largo de todo el proceso de intervención. Su objetivo es valorar la marcha del proceso y generalmente se reduce a la conformación de objetivos planteados y los productos logrados.

5.4 Los Métodos de Trabajo Social

Ricardo Hill... hace marcada referencia sobre los tres niveles de atención propios del campo de Trabajo social.⁴⁵

También conocidos como niveles de intervención de Trabajo Social los que se describen a continuación.

a. Trabajo Social Individual.

"Ayuda social que se presta a nivel individual, utilizando una serie de procedimientos. Ander Egg. 1992.

⁴⁵ Modelos De Atención e Intervención Profesional. Antología De la Asignatura. Módulo 4. Perazzo, D. U.A.E.H. México, (2005)

"Es la serie de procesos que desarrollan la personalidad de cada individuo a través de ajustes efectuados concientemente y realizados en las relaciones sociales de los hombres con el medio en que viven" Mary Richomond.

En el proceso para el estudio social de casos comprende las etapas siguientes:

- La investigación, que constituye el aspecto fundamental del estudio social.
- El diagnóstico social a análisis abarca además de la apreciación de los signos y síntomas producidos por los problemas, un juicio sobre sus posibles significados de los factores que determinan las causas.
- El plan, que es un enlace entre el diagnóstico social, plan y tratamiento para convertirse en acción que produzcan resultados inmediatos y.
- El tratamiento social, que es un proceso de integración del individuo a su medio.⁴⁶

b. Trabajo Social de Grupos.

Un grupo es un proceso, reunión, actividad grupal, etc. El "para qué se reúnen los miembros. Siempre debe ser considerado como el medio para lograr los objetivos profesionales."⁴⁷

Trabajo social de grupos – es un proceso que a través de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social, además es un instrumento esencial en la motivación y educación social para el cambio de estructuras siendo un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio.

Las etapas de un grupo son: formación, organización, Integración y declinación o muerte del grupo.

⁴⁶ Metodología para Estudio Social de Casos. Etna Meave. Etme Ediciones, Colección de Trabajo Social, 6ª. edición, México. (1998).

⁴⁷ Sistematización de la Práctica con Grupos. Natalio Kisnerman, David Mústieles Muñoz. Colección Política, Servicios y Trabajo Social. Editorial Lumen-Hvmanitas. Argentina. (1997).

Para la formación de un grupo se requiere contar con un diagnóstico inicial, el que se obtiene de un estudio o investigación previa, lo que permitirá formular metas y la planeación que se realiza en esta etapa.

La organización es el desarrollo del grupo algunas de sus propiedades equivalen a exista una asistencia regular, decrezca la ansiedad, el trabajo se divida de manera justa y eficiente, surja un líder natural, todos los miembros asuman su responsabilidad, exista aceptación y sentido de pertenencia al grupo.

La integración, viene siendo la maduración del grupo ya que se expresa la estabilización del grupo, se logran los propósitos, hay un consenso y dirección en relación a objetivos, se logra una mayor participación, el desarrollo favorece el cambio.

Un grupo declina o muere cuando las metas se han alcanzado, en un periodo de tiempo se concluyen las actividades planeadas, o cuando faltó integración y hubo una mala adaptación de los integrantes.⁴⁸

c. Trabajo Social Comunitario

Como en todo método de intervención social – el Desarrollo Comunitario se incluye, en su formulación, una reducción/simplificación de un proceso de actuación, dentro de un sector delimitado y determinado de la realidad social, para lograr un objetivo. El método de desarrollo de comunidad es, en última instancia, un método emergente que depende de 4 factores:

- a. Marco de referencia que esta más allá de la ciencia y del método lógico que condicionan un abordaje y sistema de ideas que explican de la sociedad, del hombre, del mundo, del cosmos, y que apuntan a lo que debe ser.

⁴⁸ Trabajo Social de Grupos. Contreras De Wilhem, Yolanda. Lamer. Argentina, (2000).

- b. Los condicionamientos contextuales, histórico-sociales y culturales en la que surge y en la que se aplica. Según el campo de actuación y circunstancias en que se aplica.
- c. La coherencia y competencia (en lo humano, lo profesional, lo metodológico y lo ideológico) de quién o quiénes aplican este método.
- d. La recreación de los actores sociales implicados: en la aplicación correcta de los métodos y técnicas, de cómo expresan sus problemas, necesidades, preocupaciones, etc., ante esto se debe tener en cuenta que ningún método, técnica o procedimiento de actuación se debe hacer "al pie de la letra".

Este método se aplica en comunidades que están esperando colaboración y ayuda para resolver sus problemas y no que los estén estudiando, en comunidades marginadas o excluidas se tiene que considerar que la mayoría de programas de desarrollo comunitario se realizan bajo auspicio de gobiernos con planes para su alcance.⁴⁹

5.5 Finalidades de Trabajo Social.

Respecto a las finalidades a que se hace referencia en relación a la intervención de Trabajo Social, sobre en lo que respecta al campo de la salud donde existen problemas de tipo social derivados de los daños de la salud de la población demandante de los servicios; se retoman las finalidades siguientes:

- La generación del bienestar social, ubica la concepción de la política social como una serie de mecanismos y procedimientos que buscan la generación de un bienestar social en la población para disminuir o eliminar esas diferencias socio-económicas entre los grupos mas vulnerables para enfrentar la desigualdad social de acceso a servicios de salud en lo que se refiere a este caso.

⁴⁹ Metodología y Práctica Del Desarrollo De La Comunidad. Ander-Egg, E. ED. Lumen Hvmánitas. Buenos Aires – México. (2000).

■ El combate a la pobreza, desde este aspecto Trabajo social es visto como el conjunto de elementos de acción necesarios para disminuir y paliar los efectos sociales del desarrollo, compensando en mínima parte a los pobres excluidos y marginados. En este caso la política social se restringe a dar apoyos o ayuda concreta y puntual en situaciones emergentes como es el caso de salud; por lo que esta finalidad se traduce al desarrollo de programas asistenciales, compensatorios, emergentes, y desarticulados focalizados a sectores en situación de necesidad extrema. En materia de salud es imposible combatir la pobreza sobre todo cuando son daños irreversibles o prolongados en su recuperación.

■ La equidad social, para definir esta finalidad nos permite reconocer que en este mundo social las desigualdades no sólo son el plano económico y la labor de Trabajo Social, es enfrentar lograr esa equidad, porque se ha complejizado, pues la equidad se debe buscar socio-cotidiana sobre todo entre el hombre y la mujer, entre las minorías étnicas, entre las instituciones y los sujetos sociales, entre el gobierno y la sociedad, entre la ciudad y el campo y no solo entre el obrero y el patrón, entre el pobre y el rico.

■ El control social, tiene que ver con lograr ambientes de gobernabilidad, de construir circuitos o dispositivos estatales indispensables para asegurar la cohesión, el consenso y la estabilidad social.

■ La formación de sujetos sociales, implica generar procesos de participación y organización, que son referentes y espacios de ejercicio y aprendizaje de la ciudadanía. Por ello la finalidad de Trabajo Social es contribuir el establecimiento progresivo de una sociedad que muchas veces no son reconocidos como individuos por sus características socio-económicas.

5.6. Funciones y actividades de Trabajo Social.

El Trabajo Social basa su metodología en un cuerpo sistemático de conocimientos sustentados en la experiencia y derivados tanto de la investigación y evaluación de la práctica, incluidos los contextos locales e indigenos. Reconoce la complejidad de las interacciones entre los seres humanos y su entorno social.

El trabajo social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es la de facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y la prevención de las disfunciones. El Trabajo Social profesional está enfocado a la solución de problemas y al cambio. Por ello, los trabajadores sociales son agentes de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El Trabajo Social es un sistema de valores, teoría y práctica interrelacionados entre sí.⁵⁰

El Trabajo Social ha crecido con ideales humanitarios y democráticos, y sus valores se basan en el respeto a la igualdad, la dignidad de todas personas, la honestidad. Desde sus comienzos, hace más de un siglo, la práctica de Trabajo Social se ha centrado en hacer frente a las necesidades humanas y desarrollar el potencial humano. Los derechos humanos y la justicia social constituyen la motivación y la justificación de la acción del Trabajo Social, en solidaridad con quienes están en desventaja, la profesión lucha por mitigar la pobreza y liberar a los vulnerables, excluidos y oprimidos, promoviendo el fortalecimiento de estos y su inclusión social, en este sentido los valores del Trabajo Social están expresados en los códigos de ética profesional nacionales e internacionales.⁵¹

⁵⁰ Trabajo Social. Colegio Oficial De Diplomados Y Diplomadas En Trabajo Social y De Asistentes Sociales de Las Islas Baleares. España. (2002).

⁵¹ ídem

El trabajador social en el campo de la salud, debe ser una persona equilibrada y amable, saludable física y mentalmente, poco aprensiva y libre de temores exagerados respecto al contagio de enfermedades, ya que tiene que luchar con enfermos afectados no solo física sino psíquica o emocionalmente, pues son pocas las enfermedades que no van acompañadas por estos trastornos que alteran su conducta. Por ello se deben tomar medidas de precaución en cumplimiento a postulados de medicina preventiva, no reflejar en su rostro ni en sus actos hacia el paciente que refleje repugnancia, temor o lástima.

La situación emocional y la económica pueden ser en la mayoría de los casos un obstáculo para su tratamiento. Además las enfermedades no solo alteran su nivel económico, sino también sus hábitos y costumbres, sus intereses, las relaciones familiares y sexuales, la vida profesional, sus ocupaciones, sus dietas y hasta sus vicios, todas estas razones suelen cambiar la esfera física, la psíquica y la social de la persona.

Son tan pocas las enfermedades que no van acompañadas por estos trastornos, pues los males crónicos, sobre todo originan notables y variadas modificaciones en la conducta de los pacientes y además en familiares.

Muchos pacientes con padecimientos crónicos deambulan por sí mismos, algunos no son peligro de contagio, pero si generan conflictos en el hogar o en la misma institución cuando se suponen que son rechazados o mal atendidos, lo mismo teme a la muerte el paciente ambulatorio que el hospitalizado sobre todo cuando está expuesto a una operación, el trabajador social en este ámbito obtiene o puede lograr que comprendan los problemas que genera el estar o tener algún enfermo en casa.

Es por ello que en las unidades de salud, la trabajadora social es parte fundamental del equipo Interdisciplinario y multidisciplinario para poder lograr una atención de manera integral de la población, por lo que una de sus principales funciones es la de llevar a cabo investigaciones sociales sobre todo en este campo tan antiguo como es

el de la salud, su intervención en casos y grupos coadyuva al desarrollo de la comunidad de los grupos vulnerables con trascendentales daños de salud, para contribuir al bienestar social, cambiar estilos de vida de los pacientes, facilitar el acceso al servicio, tener una información más aplicada a la realidad sobre las implicaciones socio-económicas y culturales que determinan la morbilidad y mortalidad de los hidalgenses, sobre todo cuando se trata de salvar una vida y una atención oportuna sin importar la procedencia, raza, credo, sexo, nacionalidad, escolaridad, religión, estado civil, estrato social y nivel socio-económico al que pertenezcan.

Propiamente las actividades de la Trabajadora Social en el servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca, realiza de manera general las siguientes:

- Aplica estudios socio-económicos para identificar problemáticas relacionadas con su enfermedad, de tipo familiar, económico e institucional para establecer planes de intervención y el nivel socio-económico.
- Pasa visita conjunta con el equipo médico y enfermería a todos los usuarios hospitalizados diariamente para conocer su diagnóstico, tratamiento y evolución, así como las problemáticas sociales que limitan su adecuada atención.
- Mantiene una comunicación estrecha con el paciente y el familiar para lograr que acepte del mejor modo posible su enfermedad, y que disminuya la tensión emocional, creando en ellos una opinión favorable respecto al médico y al tratamiento.
- Realiza gestiones para obtener apoyos necesarios en la atención hospitalaria de cada enfermo, en los casos que lo requieran.
- Orienta a los familiares sobre trámites y gestiones a realizar durante la estancia hospitalaria.
- Realiza visitas domiciliarias en casos con problemática social.

- Realiza referencias y contrarreferencias de pacientes cuando el médico tratante lo indica, cuando el servicio carece de los medios suficientes para su atención y tratamiento.
- Mantiene coordinación interna con el equipo de salud y con instituciones afines, involucradas en la atención hospitalaria.
- Aplica el método de caso y grupo.
- Gestiona los egresos del servicio cuando el medico valora y determina el egreso por: mejoría, por alta voluntaria, por rerefencia a un tercer nivel de atención o por defunción.
- Notifica el egreso de enfermos a la agencia del Ministerio Publico, en casos médico legales, o cuando el enfermo se encuentra en calidad de detenido, a la instancia legal correspondiente.⁵²

⁵² Programa del Departamento De Trabajo Social. Hospital General de Pachuca, Hidalgo, México (2005).

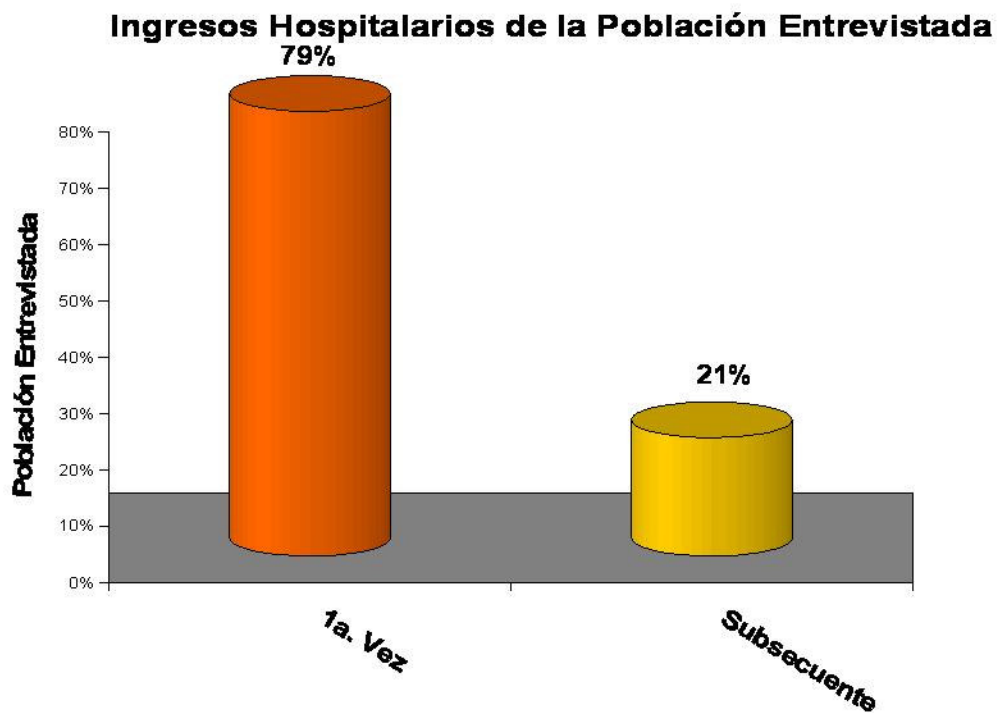
Capítulo 6

Resultados De La Investigación.

Después de haber desarrollado el trabajo de investigación donde se aplicó un proceso metodológico para la obtención de los datos a continuación se hace una descripción detallada sobre la relación de variables y que permiten a su vez poder entrar al análisis de los mismos.

6.1 Descripción De Los Resultados.

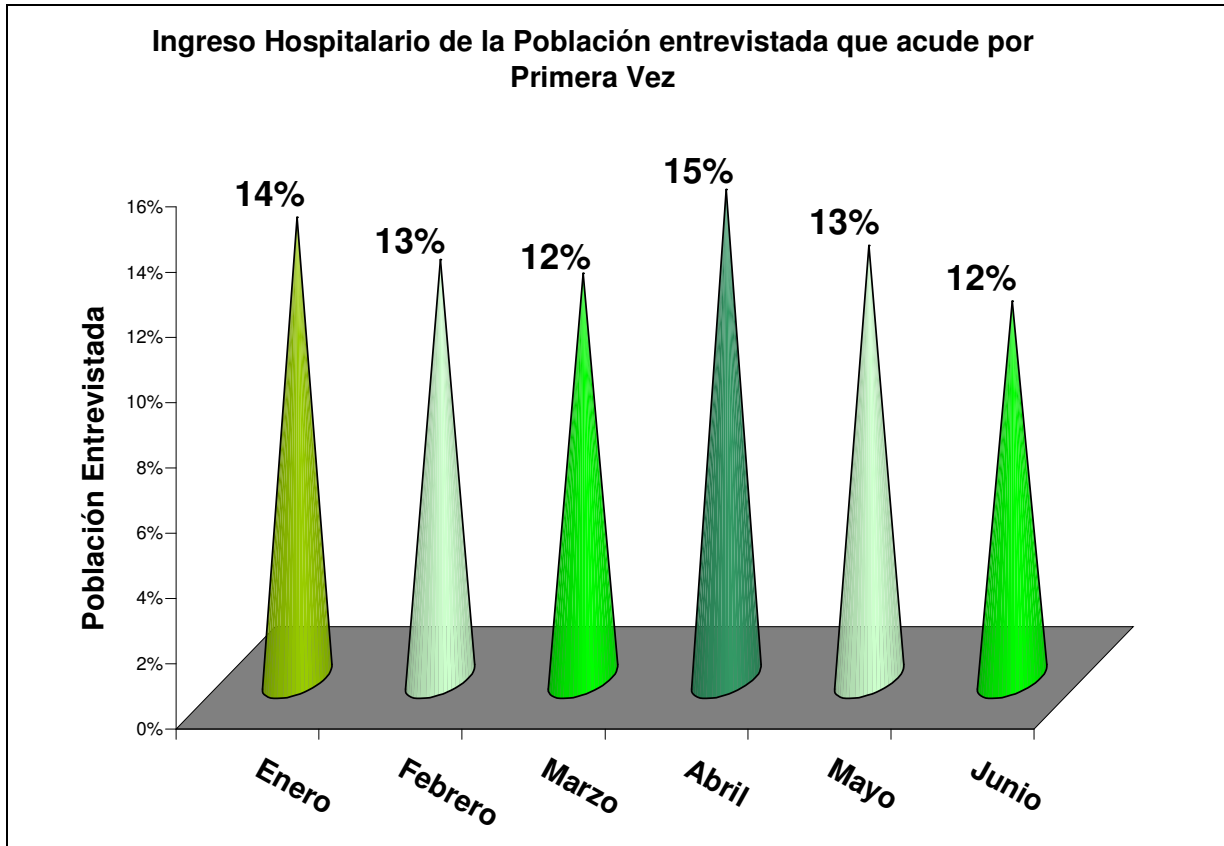
Gráfica 1.- Ingresos Hospitalarios De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca, período Enero – Junio 2005. (Anexo, tabla No. 1)

Del 100% de la población hospitalizada del servicio de cirugía que fue entrevistada, el 79% refirió haber ingresado por primera vez y el 21% menciona haber recibido atención en más de una ocasión, lo que determina que esta población puede ser vulnerable a demandar atención de forma subsecuente.

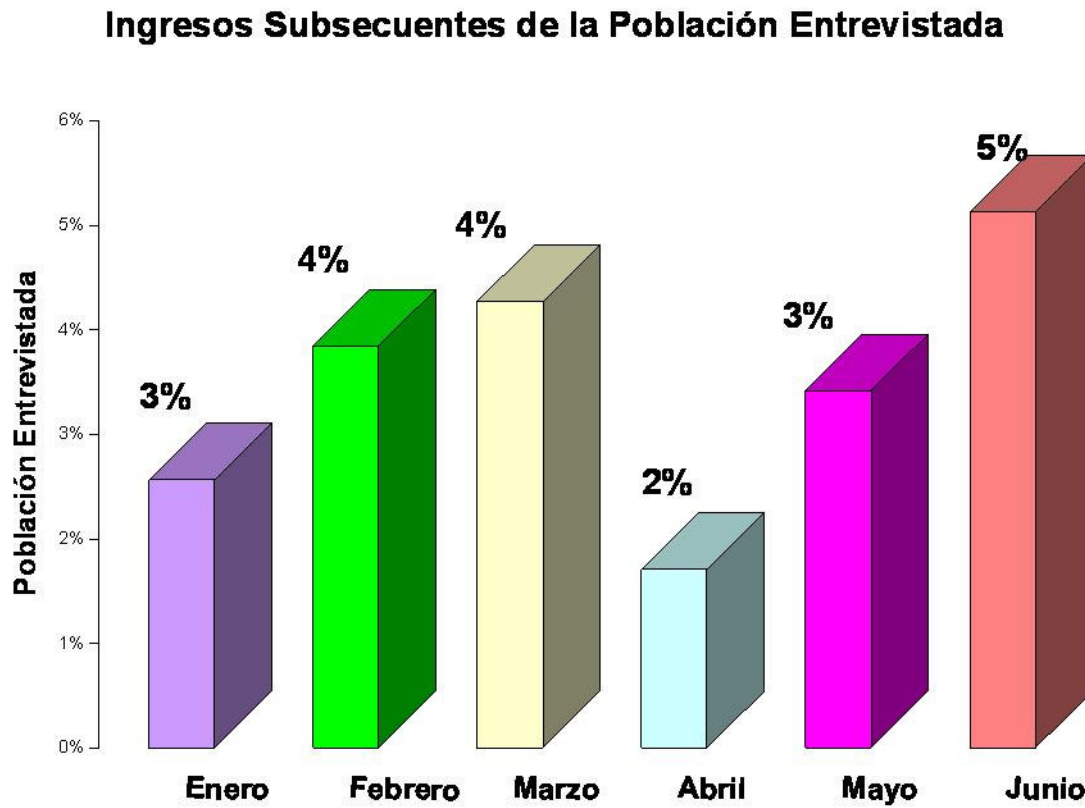
Gráfica 2.- Ingreso Hospitalario De La Población Entrevistada Que Acude Por Primera Vez.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 1)

Se describe el comportamiento de la población entrevistada que asistió por primera vez al servicio de Cirugía, durante los meses siguientes: en enero fue un 14%, en febrero y mayo se refleja la misma frecuencia del 13%, en marzo y junio de igual manera en un 12%, y abril ligeramente se incrementó al 15%. Lo que equivale que un 79% asistió por primera vez.

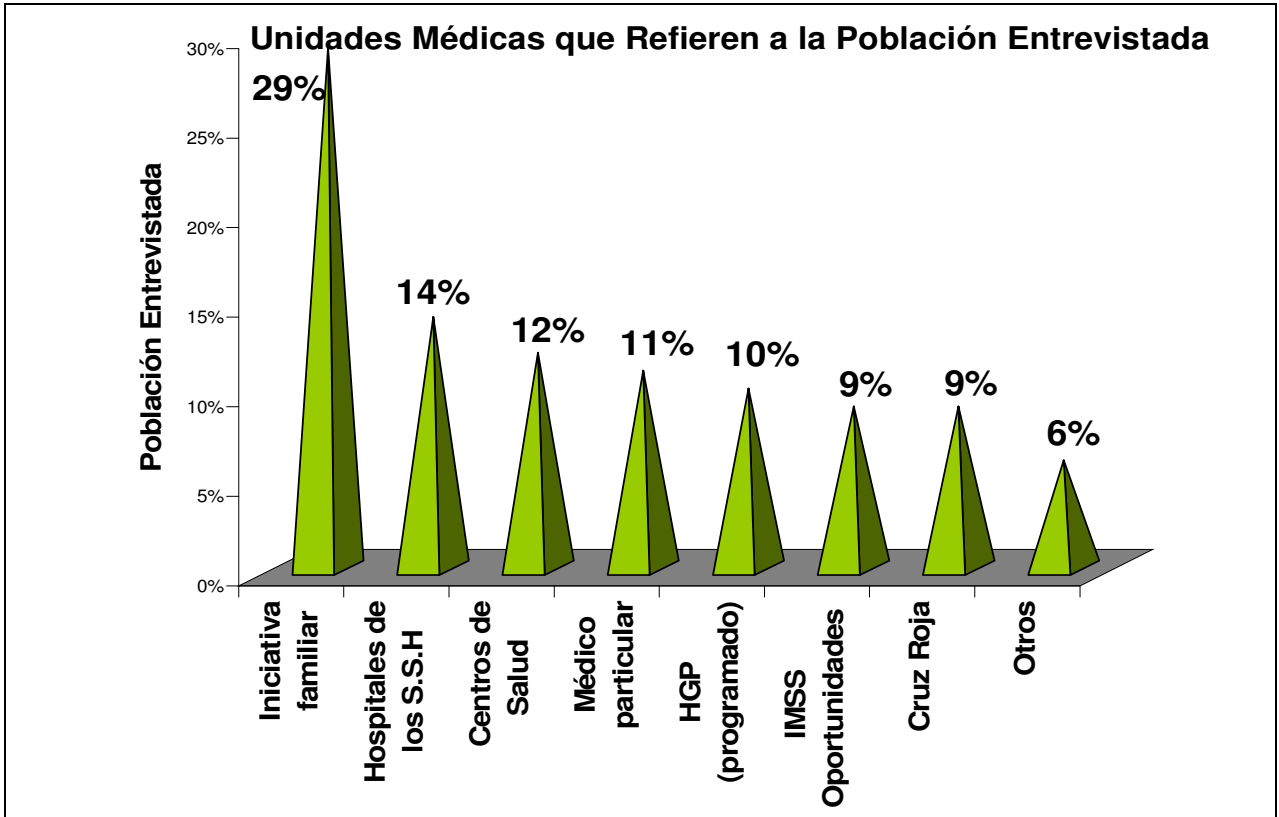
Gráfica 3.- Ingresos Subsecuentes Hospitalarios De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 1)

En consecuencia el 21% de la población hospitalizada que fue entrevistada del servicio de Cirugía, que ha acudido de manera subsecuente, es decir por más de una ocasión porque ha estado en contacto con este u otros servicios del hospital, y como se aprecia en la presente gráfica un 3% reingresó en los meses de enero y mayo, un 4% en los meses de febrero y marzo, en abril desciende al 2%, y en junio se incrementa en un 5%, este porcentaje expresa que es menor la frecuencia de la demanda de atención por quienes ya han recibido algún servicio con anterioridad.

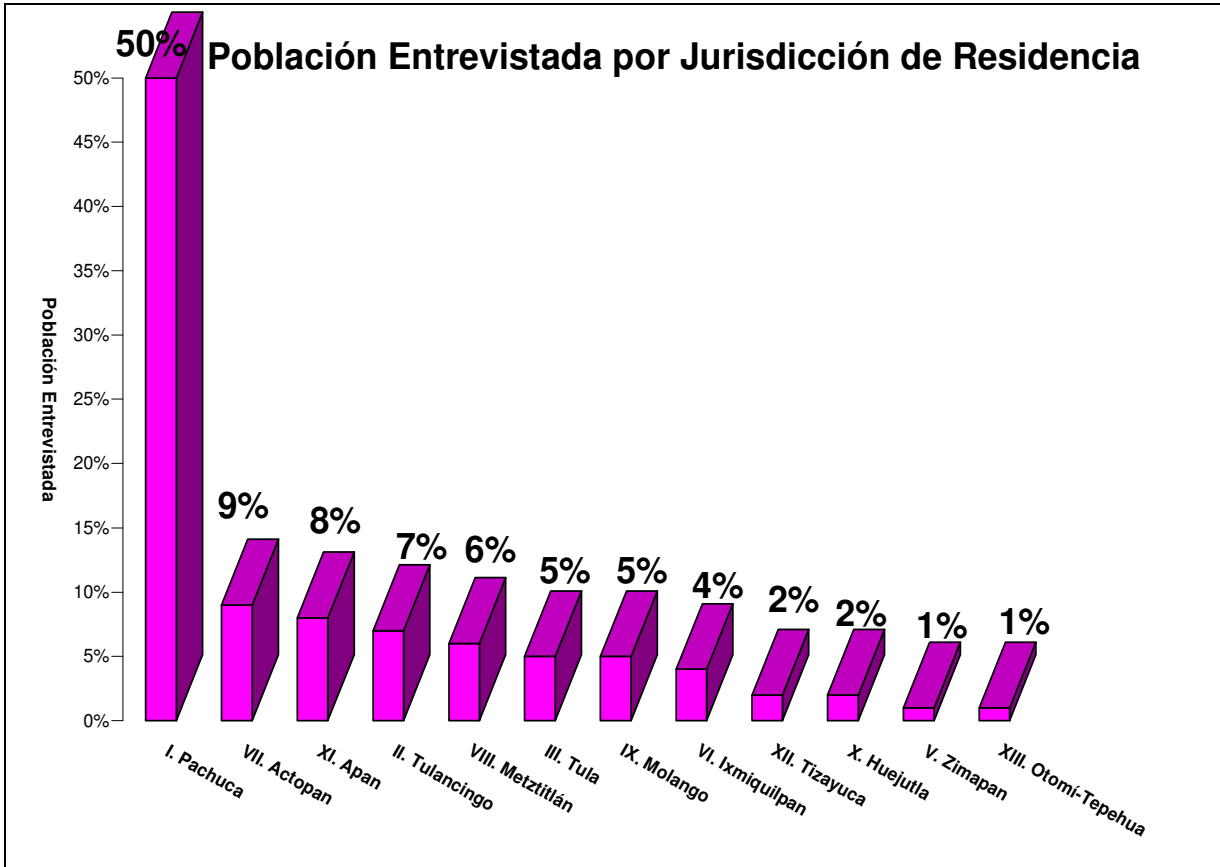
Gráfica 4.- Unidades Médicas Que Refieren a La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 2)

Es importante considerar este rubro que se relaciona con la referencia de enfermos en estado crítico motivo de traslado de otras unidades médicas que no cuentan con los medios para la atención, diagnóstico y tratamiento a este servicio, lo que demuestra que un daño a la salud no solo involucra a una persona y a la familia, sino también a las instituciones, las cuales buscan cuando no están en posibilidades de dar solución al caso su canalización para dar respuesta a la atención oportuna y adecuada, por lo tanto los datos arrojan que el 29% de la población que demanda atención en el servicio ingresa por iniciativa propia, el 14% provienen de otros hospitales, el 11% de centros de salud, el 12% por médicos particulares, y el 10% recibieron antes atención en consulta externa de especialidad en éste hospital donde previo protocolo fueron programados para su procedimiento médico quirúrgico.

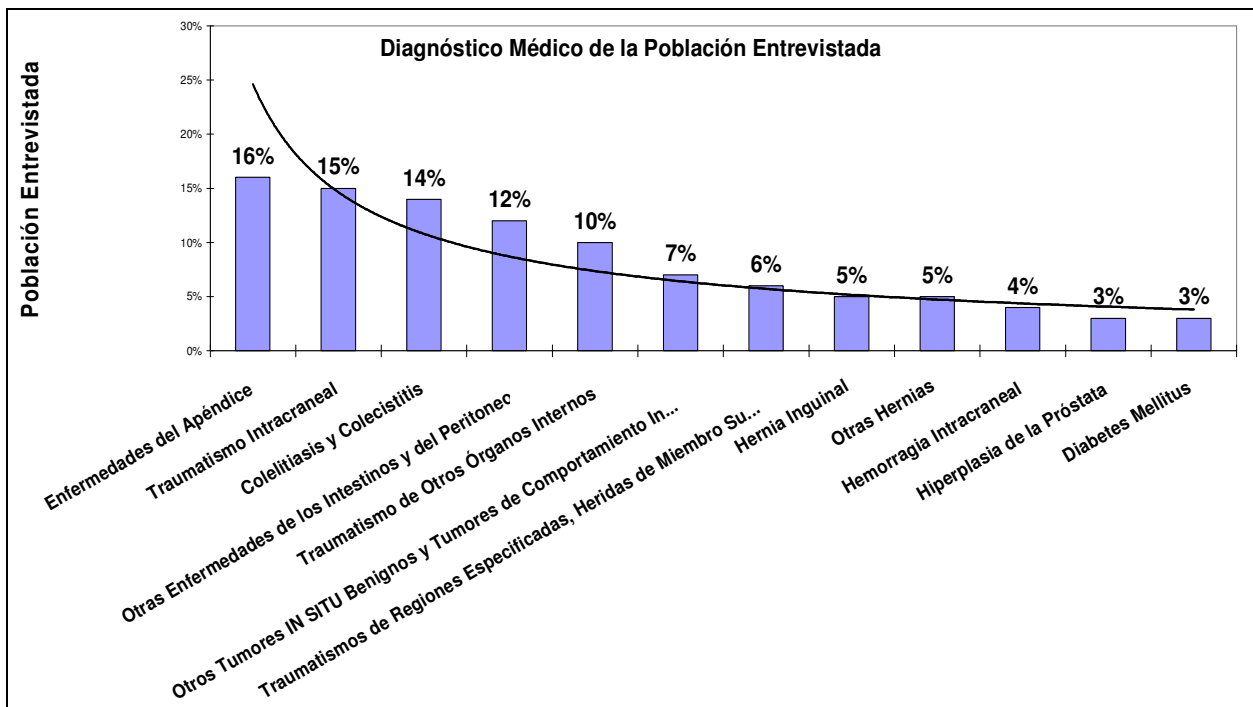
Grafica No. 5.- Procedencia Por Jurisdicción De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 3)

Con relación a la población entrevistada encontramos que en el estado de Hidalgo, hay una clasificación de 13 Jurisdicciones Sanitarias, cada una de ellas esta conformada por un número determinado de municipios, por lo cual encontramos que el 50% demanda atención la que reside en la Jurisdicción Pachuca, el 9% de la Jurisdicción de Actopan, en un 8% de la Jurisdicción de Apan, otro 7% de la Jurisdicción Tulancingo, el 6% de la Jurisdicción Meztlán, con un 5% cada una las Jurisdicciones de Tula y Molango, el 4% de la Jurisdicción Ixmiquilpan, en un 2% cada una de las Jurisdicciones de Tizayuca y Huejutla, y con un 1%, de las ubicadas en Zimapan y la Otomí-Tepehua. Esto hace indicar que de toda la población entrevistada representa a 12 de las 13 Jurisdicciones Sanitarias distribuidas en el estado de Hidalgo.

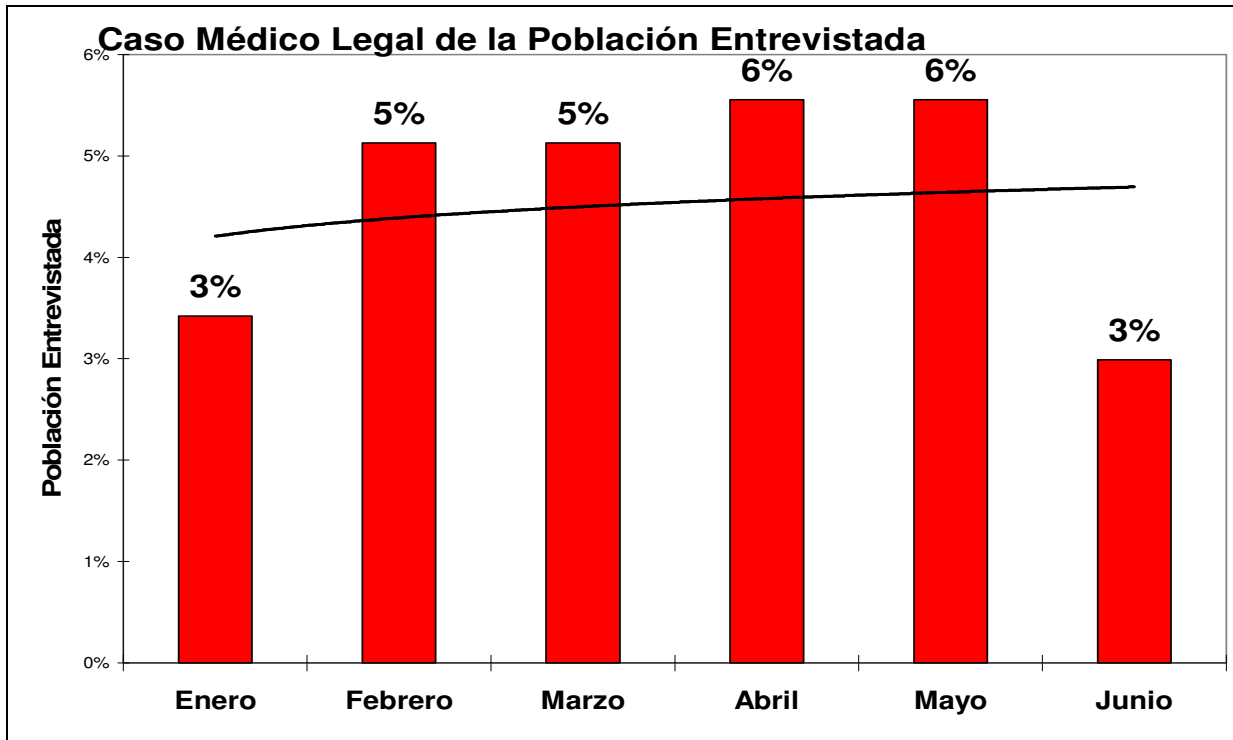
Gráfica 6.- Diagnóstico Médico De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 4)

De acuerdo a las entrevistas realizadas se pudo detectar cuáles son los diagnósticos médicos más frecuentes, siendo los principales las enfermedades del apéndice con el 16%, como primera causa de intervención quirúrgica, Traumatismo Intracraneal el 15%, a consecuencia de causas violentas y se convierten además en casos Médico Legales; la Colelitiasis y Colecistitis corresponde al 14%, las enfermedades de los intestinos y del peritoneo el 12%, los Traumatismos en órganos internos se representa en un 10%, los Tumores IN SITU Benignos el 7%, Traumatismos en regiones específicas el 6%, las Hernias Inguinales y otro tipo de Hernias cada una se constituye con un 5%, la Hemorragia Intracraneal con el 4%, y la Hiperplasia Prostática y las complicaciones por Diabetes Mellitus se manifiestan cada una con un 3%.

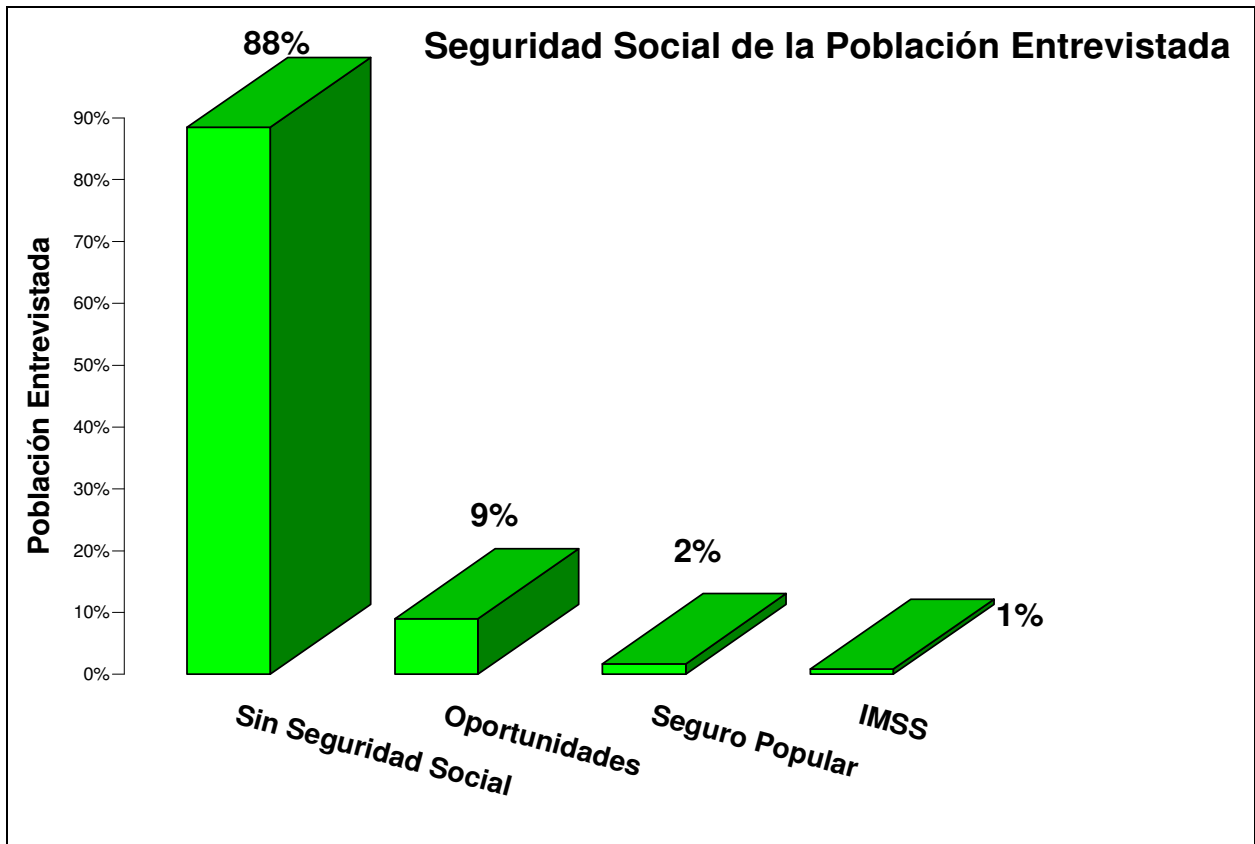
Gráfica 7.- Caso Médico Legal De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 5)

Se puede estimar que la demanda de atención en el servicio de cirugía que ha requerido intervención quirúrgica inmediata ha sido a consecuencia de haber sufrido lesiones por traumatismos en algún accidente, correspondiente al 28% de la población afectada de salud, considerados casos médico legales porque son sujetos de de investigación al involucrarse en ocasiones con algún delito y que se presentan de manera cotidiana, como se puede observar en estos meses que ingresaron lesionados, como es el caso de enero y junio representan un 3% en cada mes, febrero y marzo el 5% cada uno, de igual forma abril y mayo se refleja un mismo porcentaje del 6%

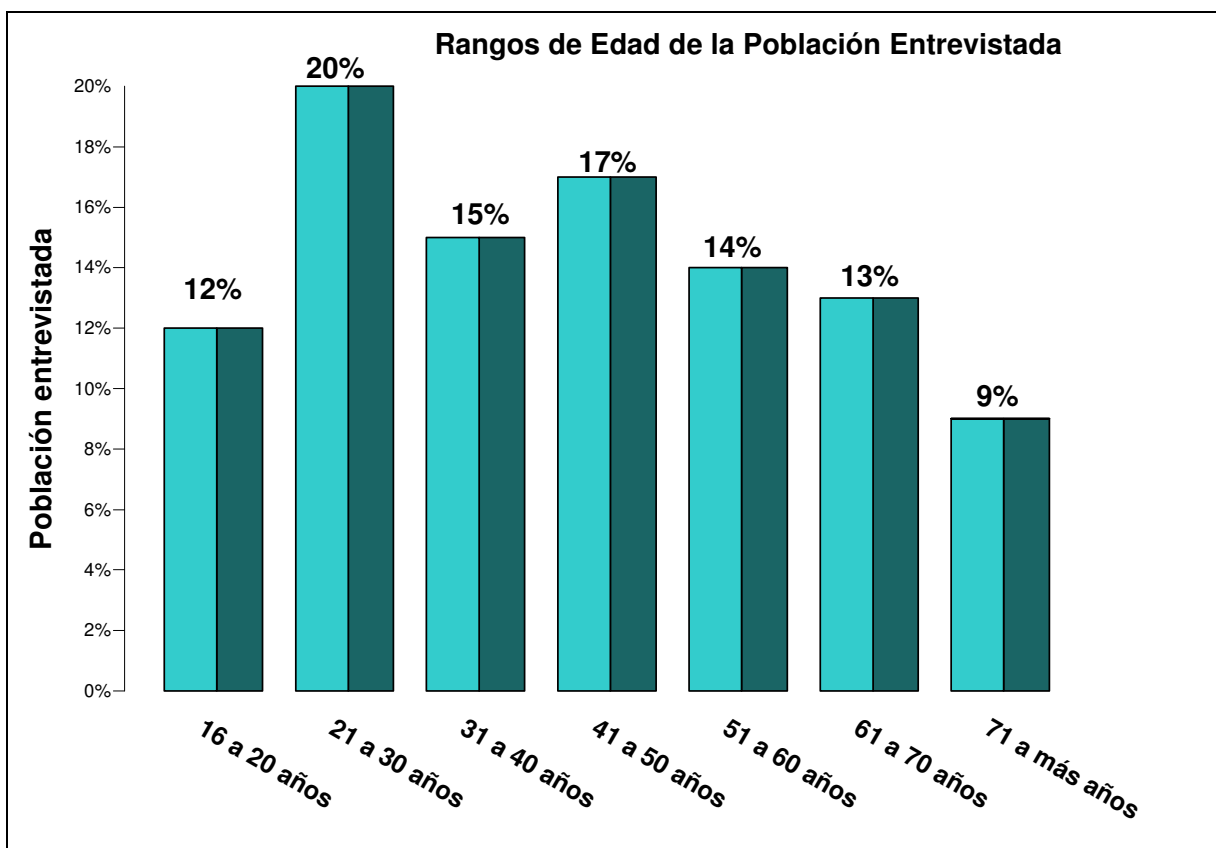
Gráfica 8.- Seguridad Social De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 6)

Sólo el 12%, de la población entrevistada cuenta con algún tipo de Seguridad Social, por pertenecer al programa de Oportunidades el 9%, afiliados al Seguro Popular el 2%, y el 1% al IMSS. Lo que significa que la población restante que equivale al 88% carece totalmente de algún tipo de Protección Social en Salud.

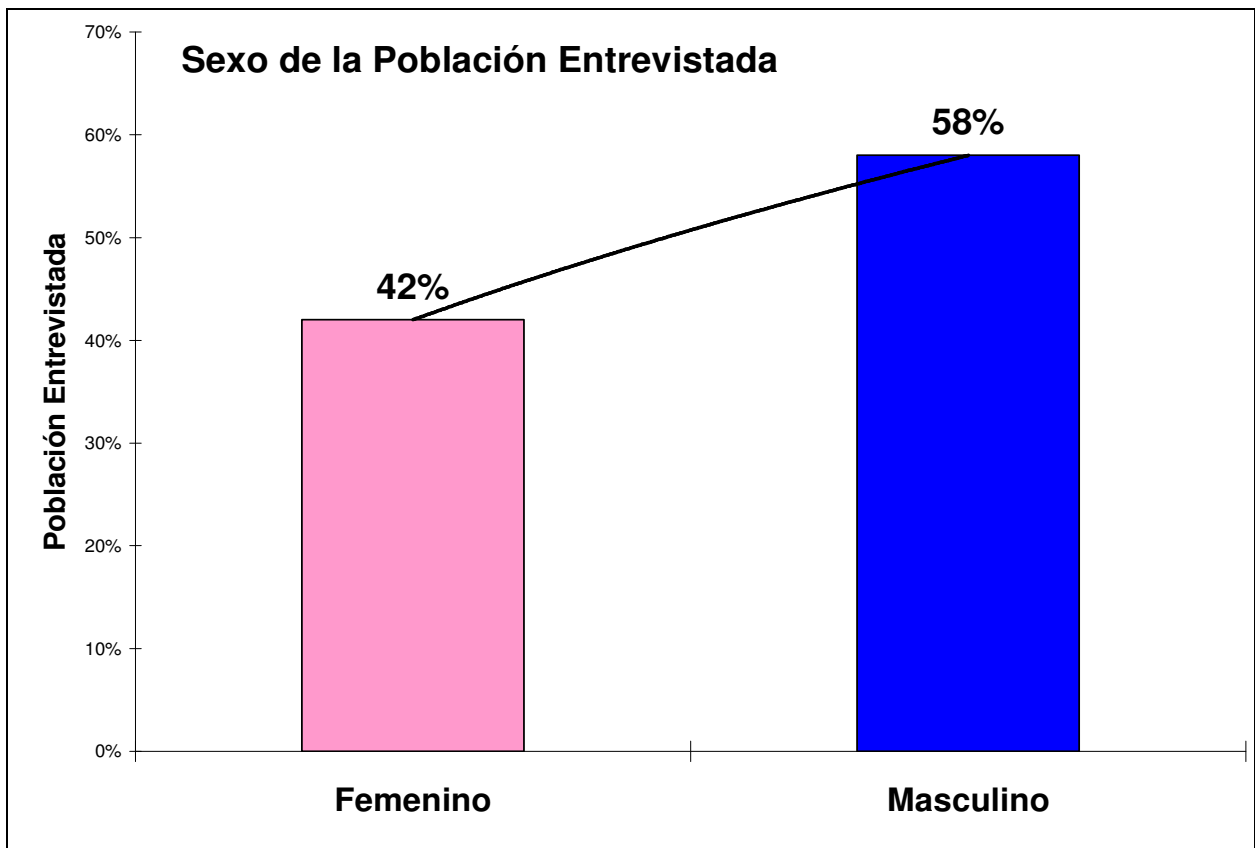
Gráfica 9.- Rangos De Edad De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 7)

Es importante también conocer la edad de la población atendida en este servicio por lo que para identificarla se clasifica a la población por décadas, en virtud que se encontró población con edades de 16 años hasta mayores de 100 años, los resultados que se presentan en la gráfica de la muestra se encontró que el rango que comprende edades de 16 a 20 años equivale al 12%, de 21 a 30 años el 20%, de 31 a 40 años es el 15%, de 41 a 50 años el 17%, de 51 a 60 años el 14%, de 61 a 70 años el 13% y de 70 años a más el 9%

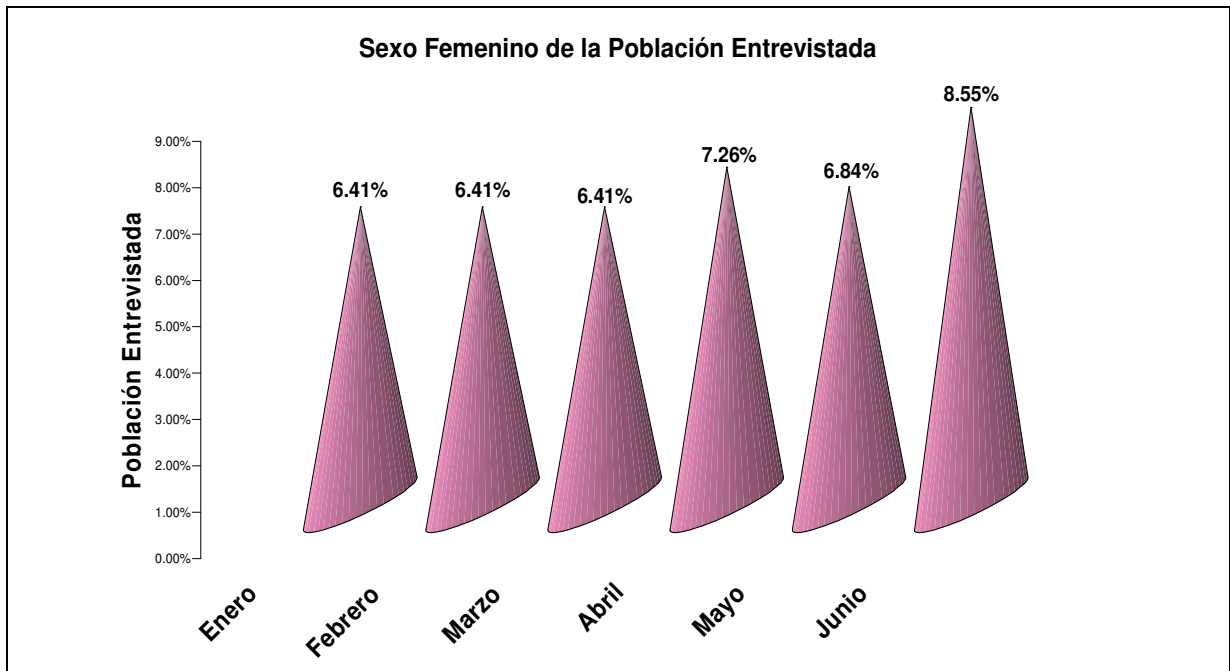
Gráfica 10.- Sexo De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 8).

El sexo, es un factor importante en la población hospitalizada del servicio de Cirugía, que puede fortalecer o debilitar el apoyo moral y económico de la familia. Los resultados al respecto denotan que población femenina se hospitaliza en menor escala con el 42%, que el hombre, en este caso a pesar que la diferencia es relativamente del 6% más hombres que mujeres, el 48% de población entrevistada son del sexo masculino.

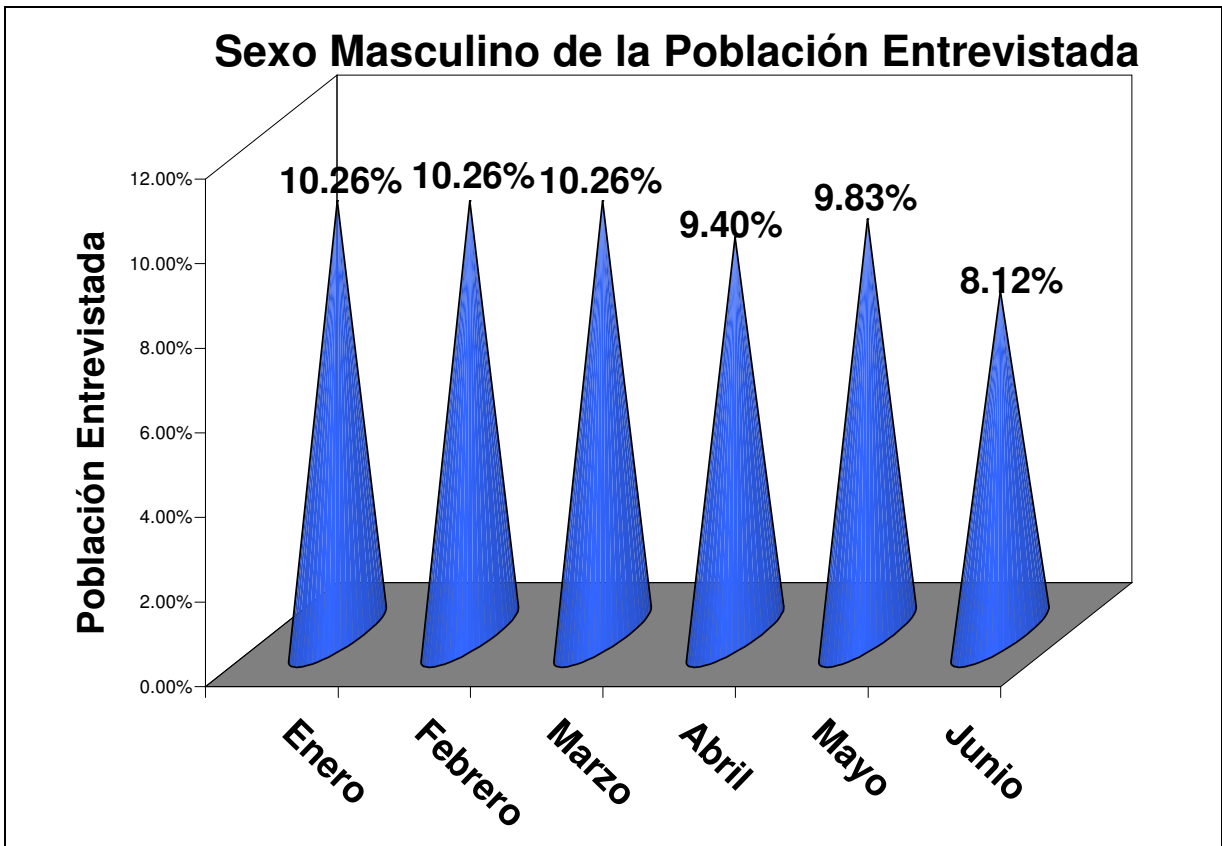
Gráfica 11.- Sexo Femenino De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 8).

De la población entrevistada que representa al 42% son del sexo femenino, cuyos resultados de describen de la manera siguiente: en los meses de enero, febrero y marzo se presentó la misma variabilidad, con ligero incremento en los meses de mayo y junio.

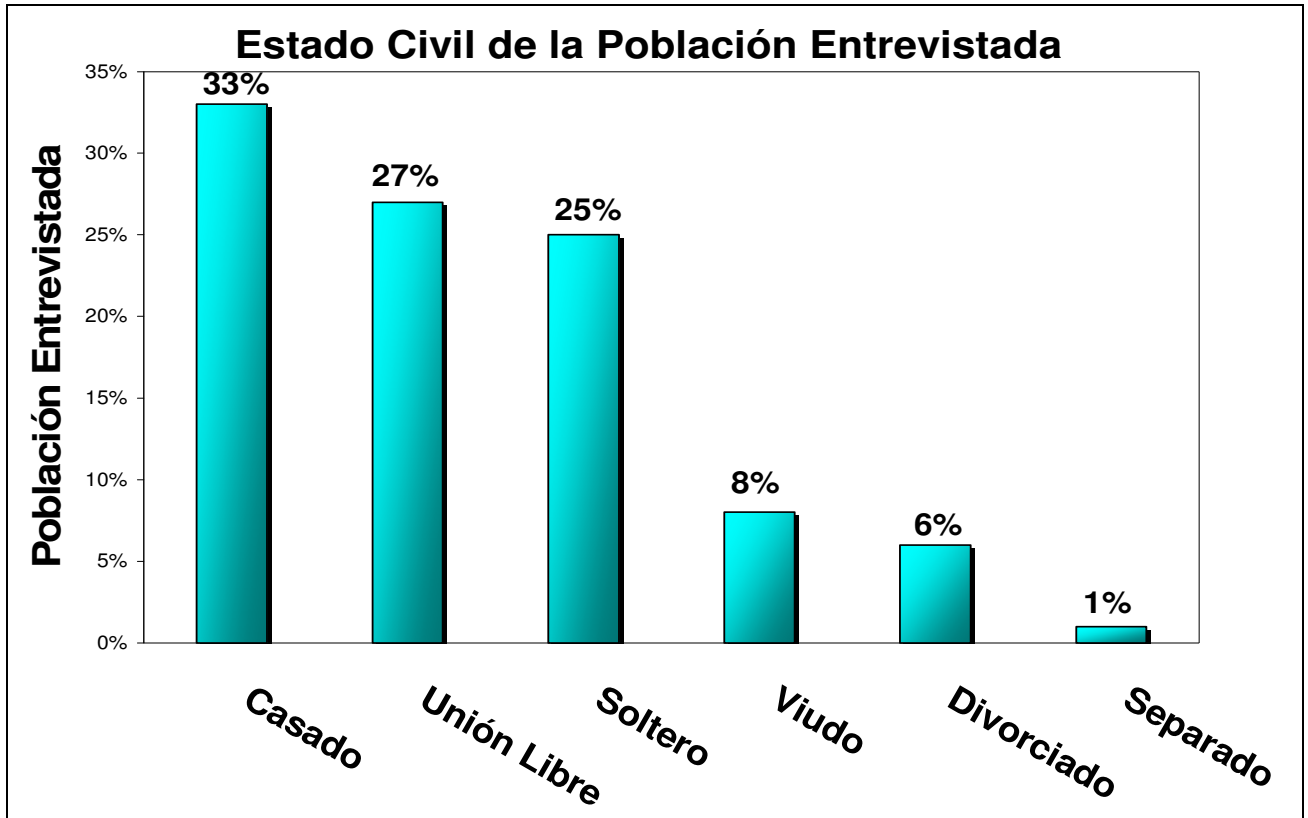
Gráfica 12.- Sexo Masculino De La Población Atendida.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 8)

Se observa, la población entrevistada correspondiente al sexo masculino representa al 58% de la población entrevistada cuyo resultado demuestra que en los meses de enero, febrero, marzo tienen la misma variabilidad con un ligero descenso a partir del mes de abril, mayo y junio.

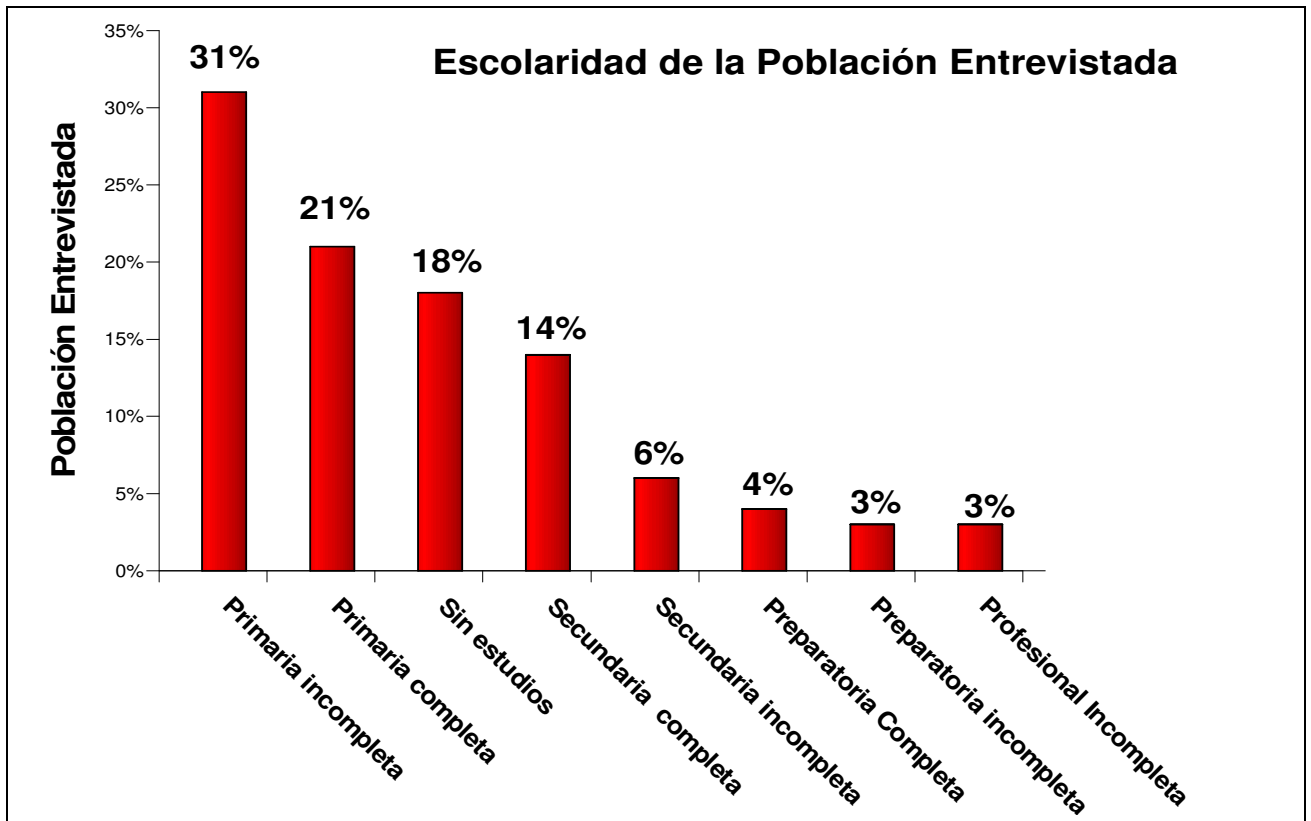
Gráfica 13.- Estado Civil De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 9)

El estado civil de la población entrevistada es otro aspecto de importancia a ser analizado, considerado que en este lapso de tiempo hospitalario permanece la familia al tanto de la curación de sus seres queridos, por lo que resulta que son casados el 33%, viven en unión libre un 27%, están solteros un 25%, y en menor porcentaje son viudos el 8%, se encuentran divorciados el 6%, y separados el 1%.

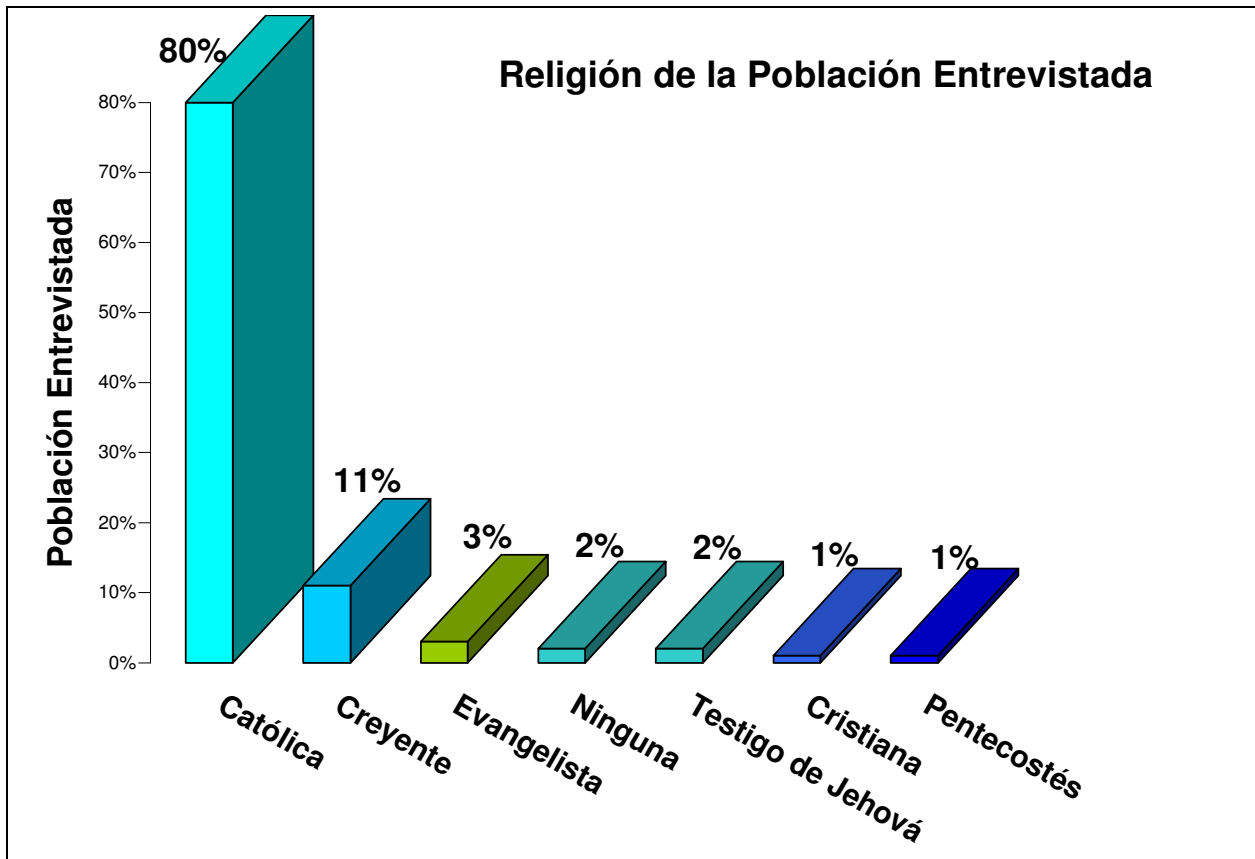
Gráfica 14.- Escolaridad De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 10)

La escolaridad de la población entrevistada fue también estudiada donde se encontró lo siguiente: el nivel de escolaridad de la población entrevistada posee estudios de primaria incompleta en un 31%, primaria completa con un 21%, y sin estudios 18%, han cursado instrucción de secundaria completa el 14%, secundaria incompleta el 6%, preparatoria incompleta el 4%, preparatoria incompleta el 3%; y nivel profesional incompleto solo el 3%.

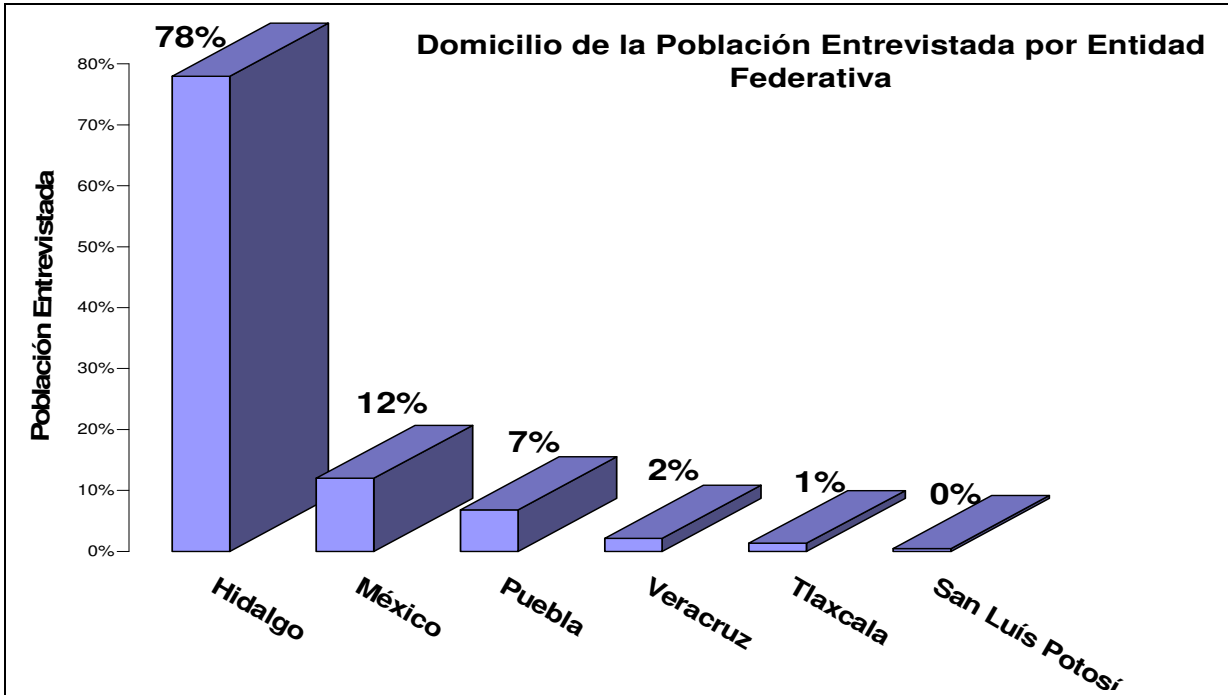
Gráfica 15.- Religión De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 11)

Otro aspecto es la religión, en lo que respecta a la atención hospitalizada del servicio de Cirugía, por lo que consideró estudiar en virtud que existen algunas creencias religiosas que rechazan algún tipo de intervención quirúrgica, a pesar de que la vida del familiar este en peligro, caso concreto sucede con los Testigos de Jehová, quienes además no aceptan transfusiones sanguíneas. Por consiguiente la población entrevistada que demanda atención en este servicio resulta que el 80% es católica y el 20% es protestante, clasificados en: Creyentes un 12%, Evangelistas el 3%, quienes no profesan ninguna creencia religiosa el 2%, Testigos de Jehová un 2%, Cristianos y Pentecostés representados con el 1% cada uno.

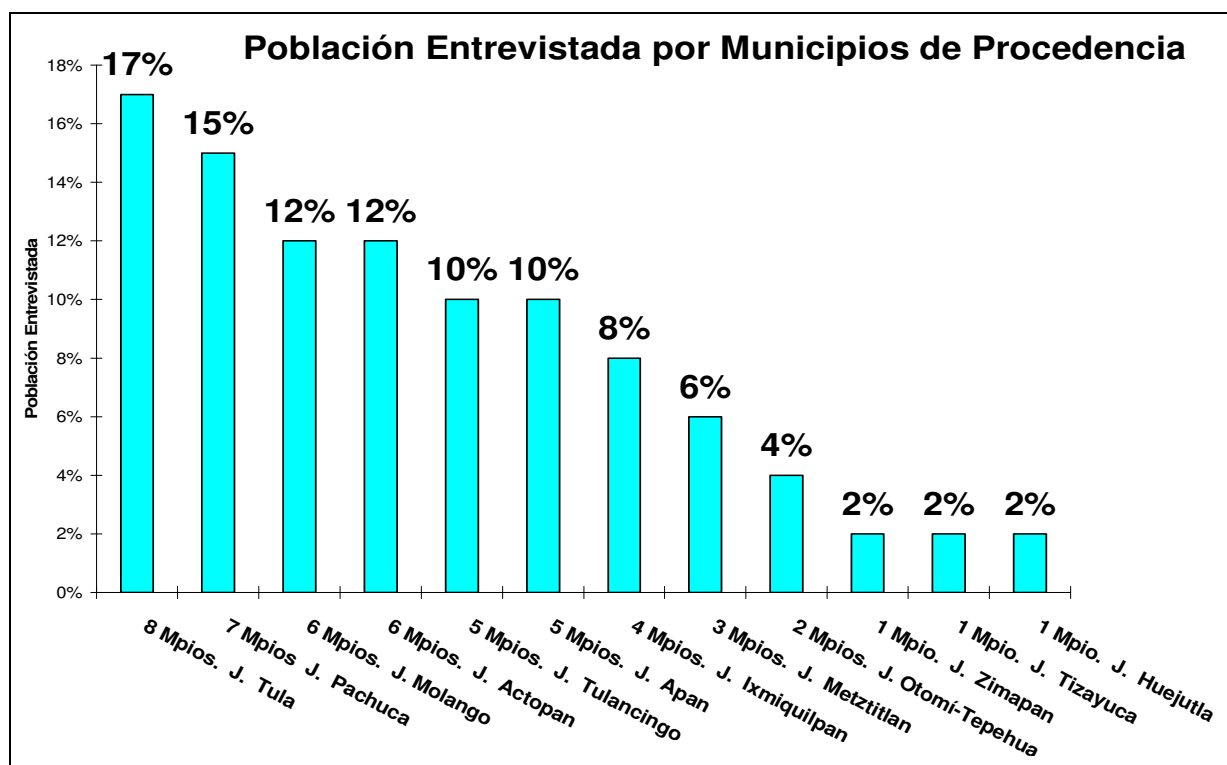
Gráfica 16.- Domicilio De La Población Entrevistada (Por Entidad Federativa).



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 12)

A pesar que el Hospital General de Pachuca, fue creado para atender a la población Hidalguense, encontramos que de la población hospitalizada en el servicio de Cirugía, el 78% corresponde a la que radica en 49 de los 84 municipios del Estado de Hidalgo y el 22% proviene de los estados de: México el 12%, de Puebla el 7%, de Veracruz el 2%, de Tlaxcala el 1% y en esta ocasión encontramos también un caso de San Luís Potosí.

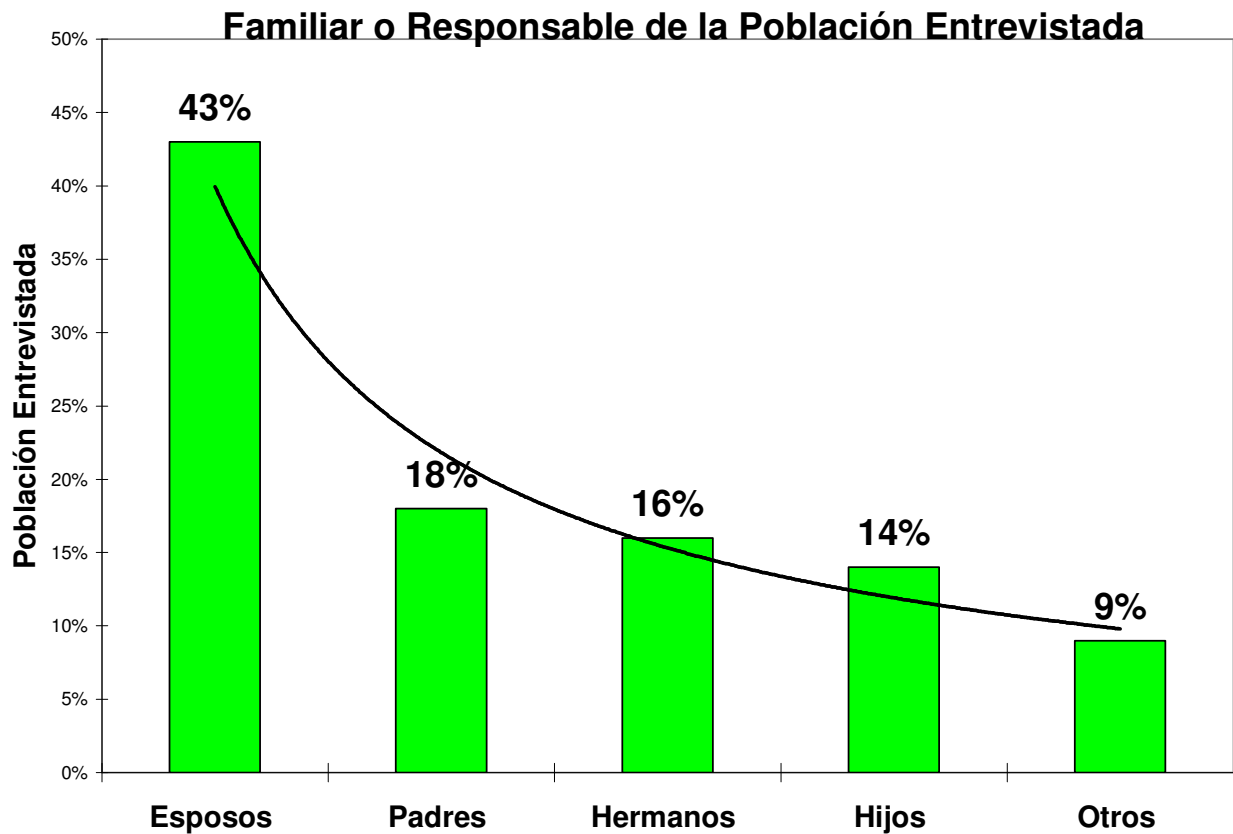
Gráfica 17.- Población Entrevistada De Los Municipios De Hidalgo



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 13)

La población entrevistada representa a 49 de los 84 municipios que tiene estado de Hidalgo, como se puede apreciar en los resultados siguientes: el 17% representa a Ajacuba, Atotonilco de Tula, Tepejí del Río, Tepetitlan, Tezontepec de Aldama, Tlahuelilpan, Tlaxcoapan y Tula de Allende; El 15% corresponde a Mineral del Chico, Mineral del Monte, Pachuca, Atotonilco el Grande y Huasca de Ocampo; el 12% incluye a Calnali, Lolotla, Molango, Tianguistengo, Tlanchinol y Xochicoatlan; otro 12% lo integran Molango, El Arenal, Mixquiahuala, Francisco I Madero, San Agustín Tlaxiaca y San Salvador; en un 10% está Acaxochitlán, Agua Blanca, Cuautepec, Singuilucan y Tulancingo; con otro 10% se encuentra Apan, Epazoyucan, Zempoala, Tepeapulco y Tlanalapa; el 8% son los municipios de Cardonal, Ixmiquilpan, Nicolás Flores y Tasquillo; el 6% por Eloxochitlán, Metztitlán y Zacualtipan cada uno; el 4% por Huehuetla y San Bartolo Tutotepec; el 2% lo representa Zimapan, otro 2% por Tizayuca, y 2% más lo representa el municipio de Huejutla.

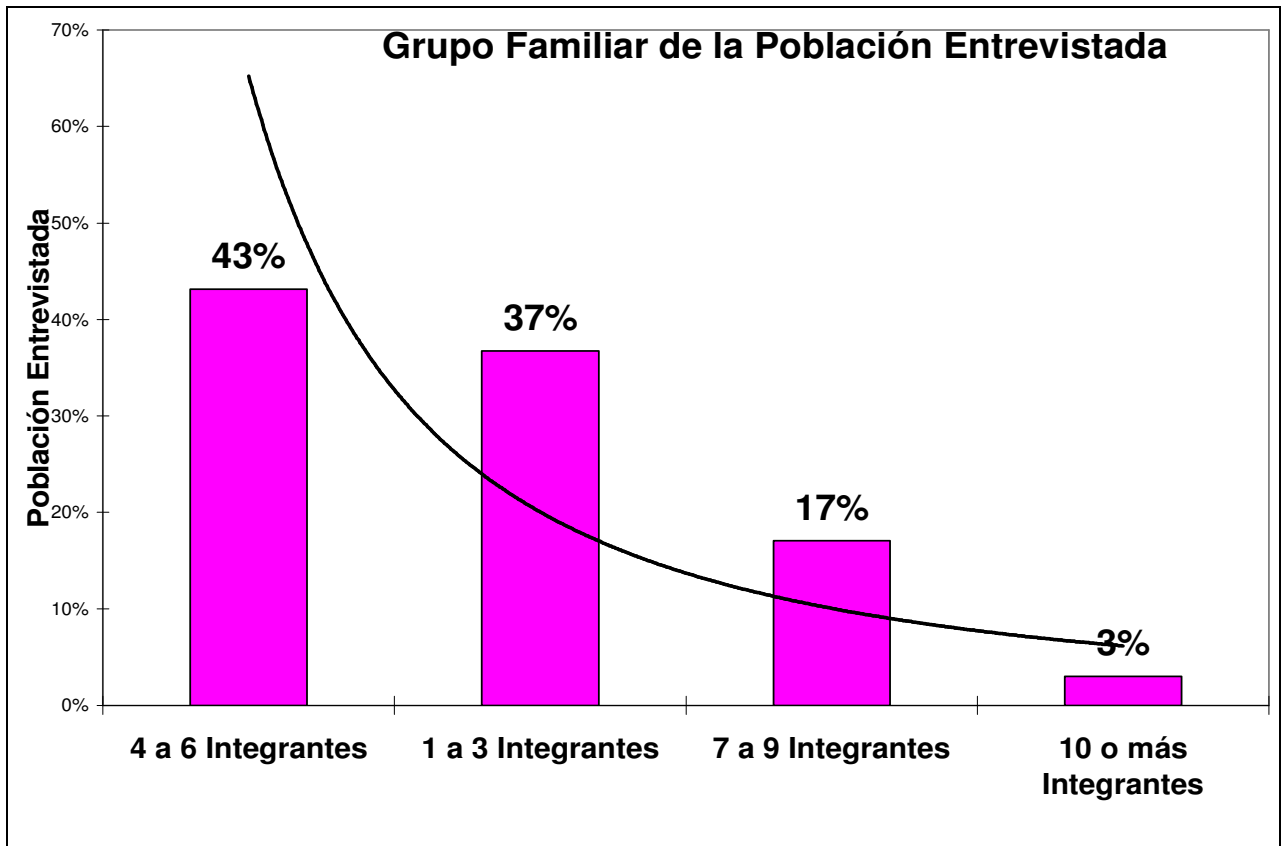
Gráfica 18.- Familiar O Responsable De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 14)

Esta categoría representa al familia o responsable del enfermo y en mayor escala se encuentran los esposos en un 43%, los padres constituyen el 18%, como se observa el 16% corresponde a los hermanos, los hijos asumen esta responsabilidad en un 14%, y el 9% involucra la participación de otros (sobrinos, amistades, yernos, nueras, nietos, cuñados, suegros, tíos incluyendo a los vecinos), que de alguna forma establecen estrecha comunicación con el usuario y personal de salud.

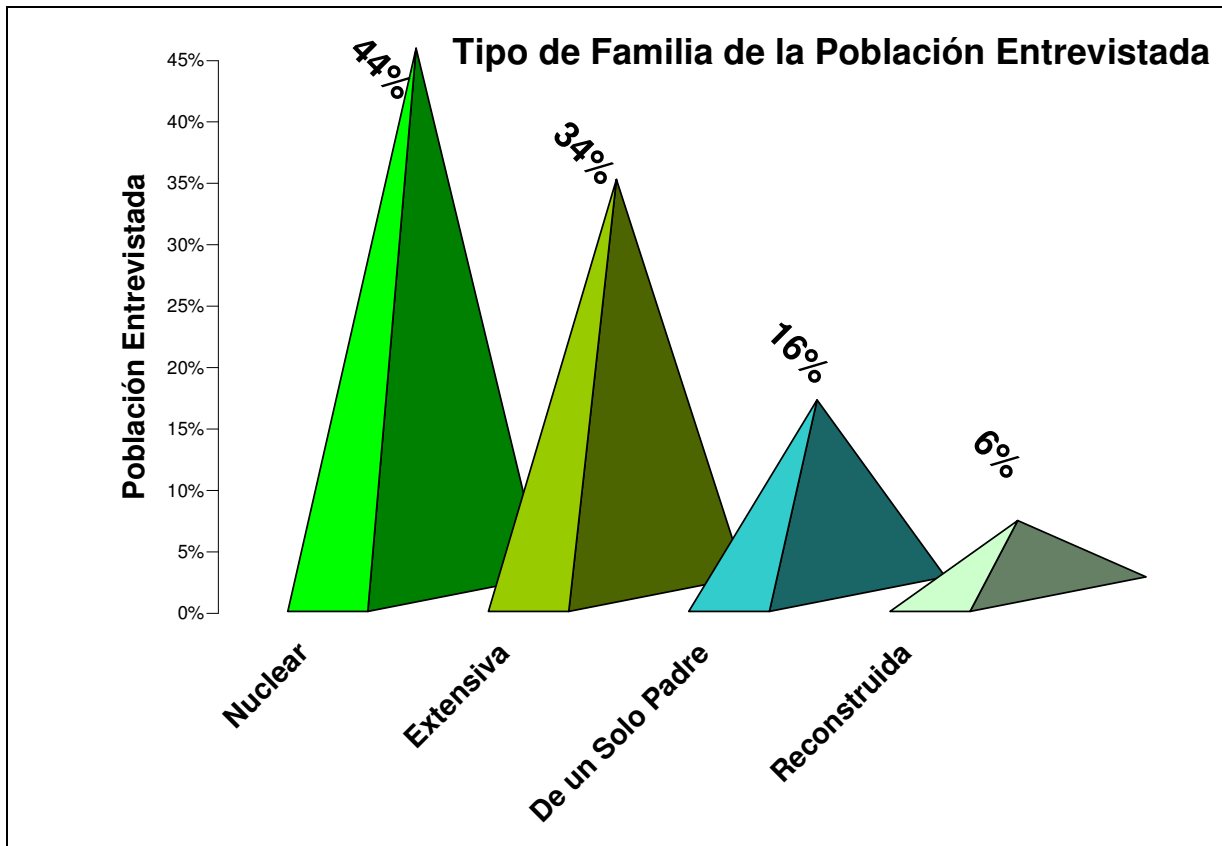
Gráfica 19.- Grupo Familiar Al Que Pertenece La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 15)

Otro factor considerado está relacionado con el grupo familiar, donde encontramos 4 grupos el primero representado por el 43% y está conformado de 4 a 6 integrantes, le sigue el que está representado de 1 a 3 miembros de familia en un 37%, otro formado de 7 a 9 integrantes y equivale al 17%, encontrándose también el numeroso que se integra de 10 o más miembros de familia aunque en menor frecuencia como es el caso que representa a un 3%,

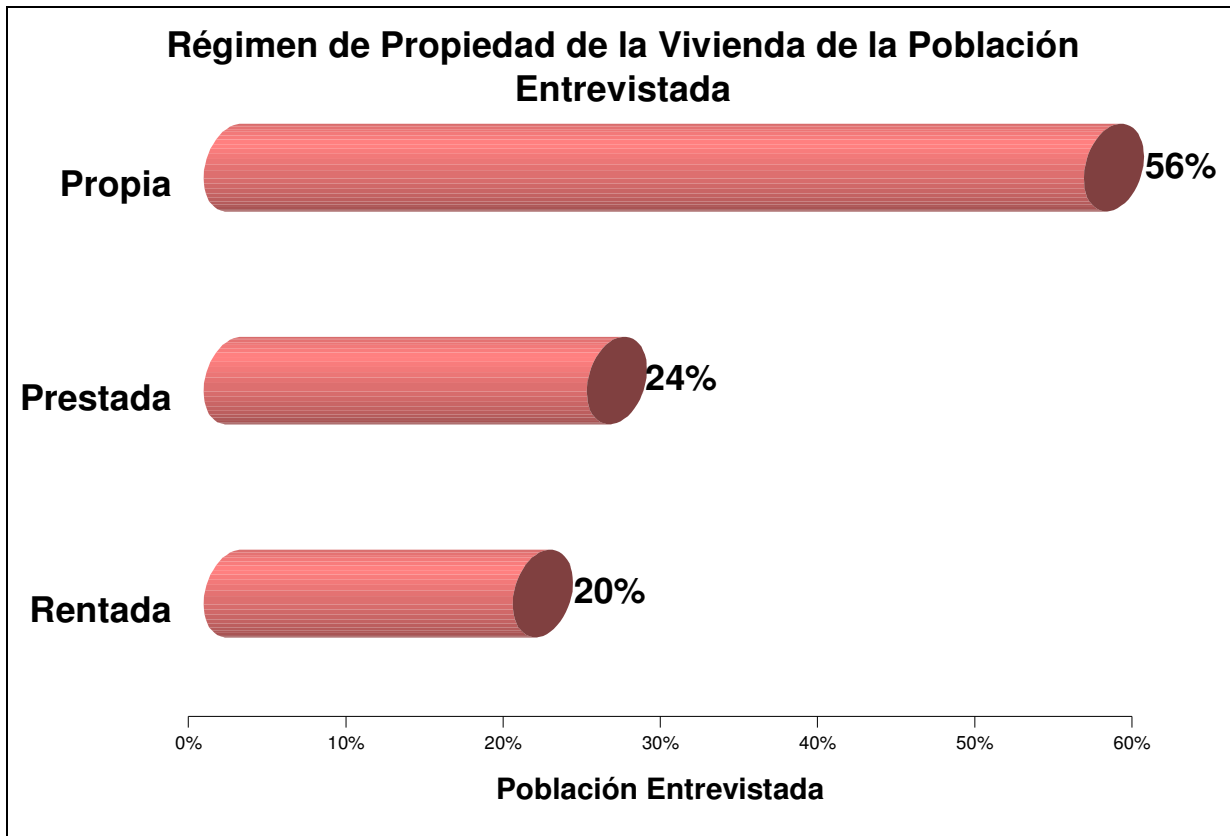
Gráfica 20.- Tipo De Familia De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 16)

Se ha podido hacer una distinción y clasificación de las familias a las que pertenece la población entrevistada clasificándose 4 tipos por sus características, de las cuales predomina la familia nuclear en un 44%; la familia extensiva esta constituida por un 34%; las de un solo padre en un 16%; y en menor porcentaje las reconstruidas con el 6%.

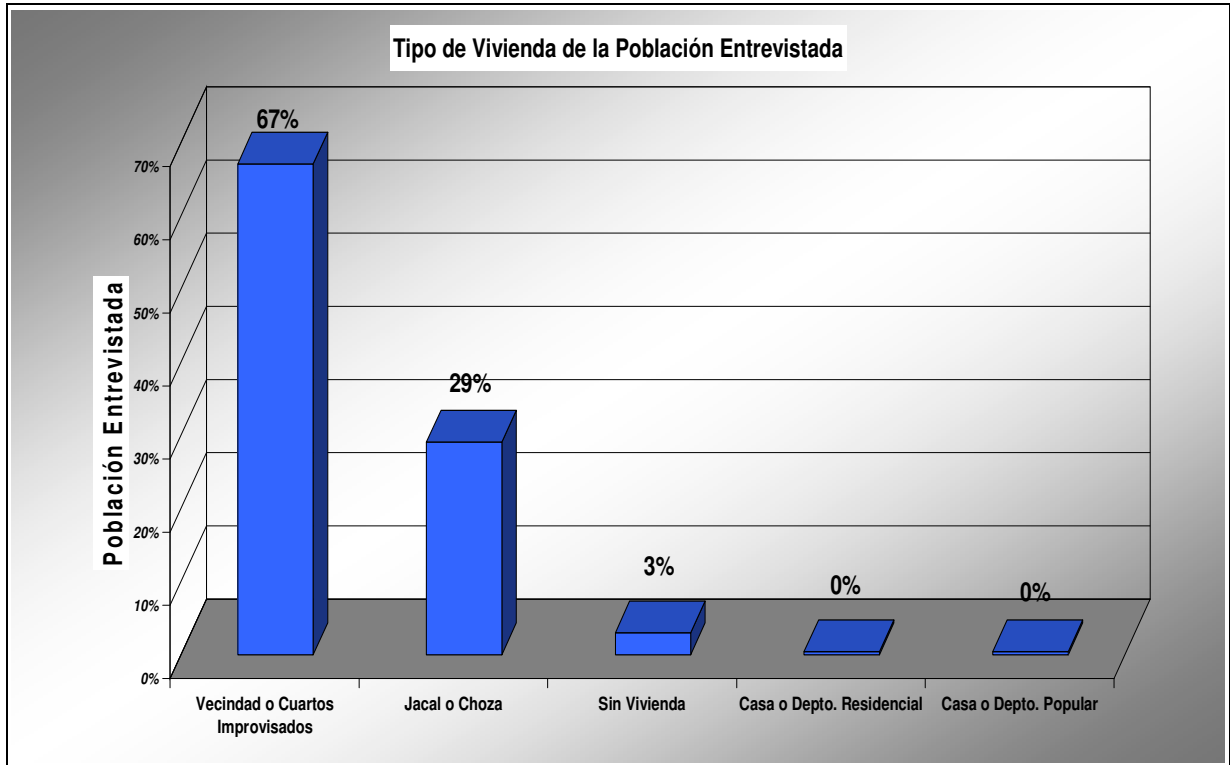
Gráfica 21.- Régimen De Propiedad De La Vivienda De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 17)

En cuanto al tipo de régimen de propiedad de la vivienda de la población entrevistada se encontró que el 56% dijo vivir en casa propia, el 24% en casa prestada y el 20% en casa rentada.

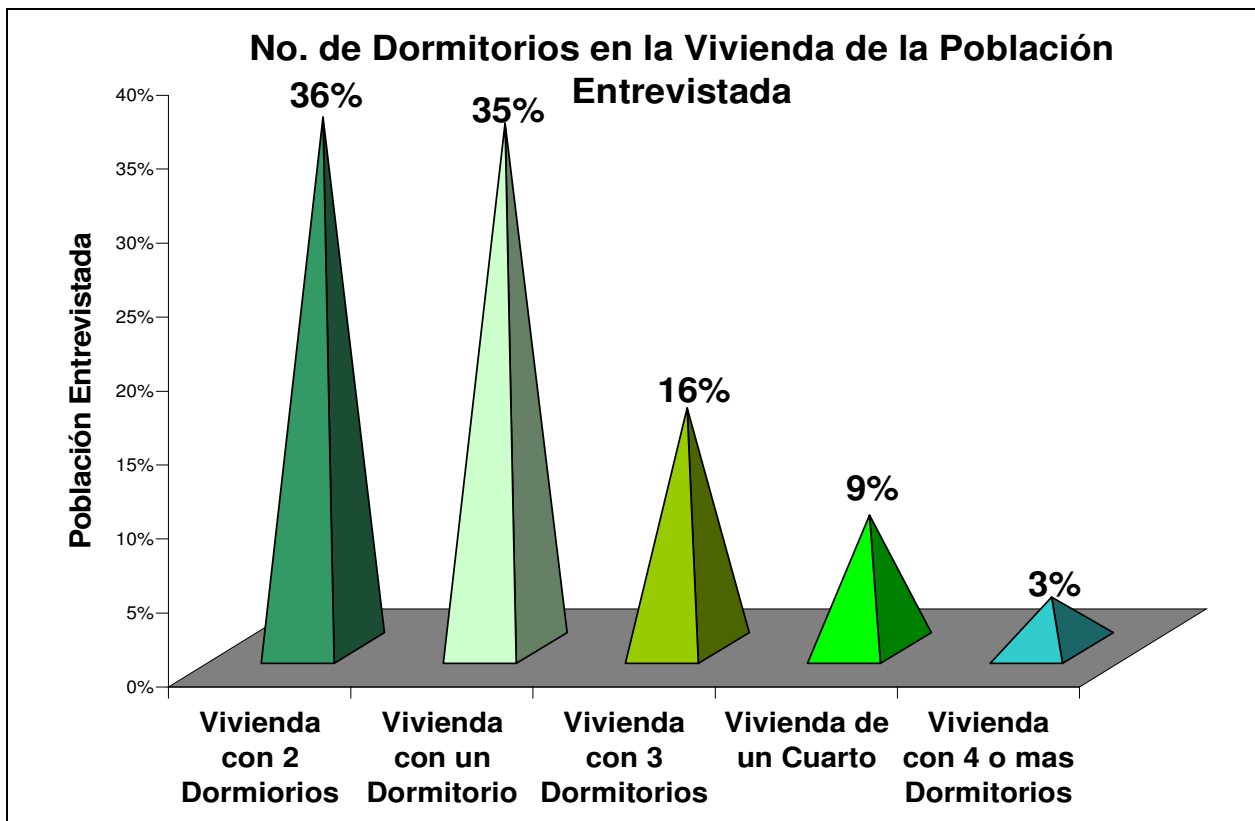
Gráfica 22.- Tipo De Vivienda De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 18)

Los resultados indican en la presente gráfica, que el 67% de la población entrevistada que demanda atención en cirugía, habita en vecindad o cuartos improvisados, el 29% vive en jacal o choza, el 3% carece de vivienda, sin representatividad en porcentaje porque solo se encontró que una familia cuenta con casa o departamento residencial, y otra posee casa o departamento popular.

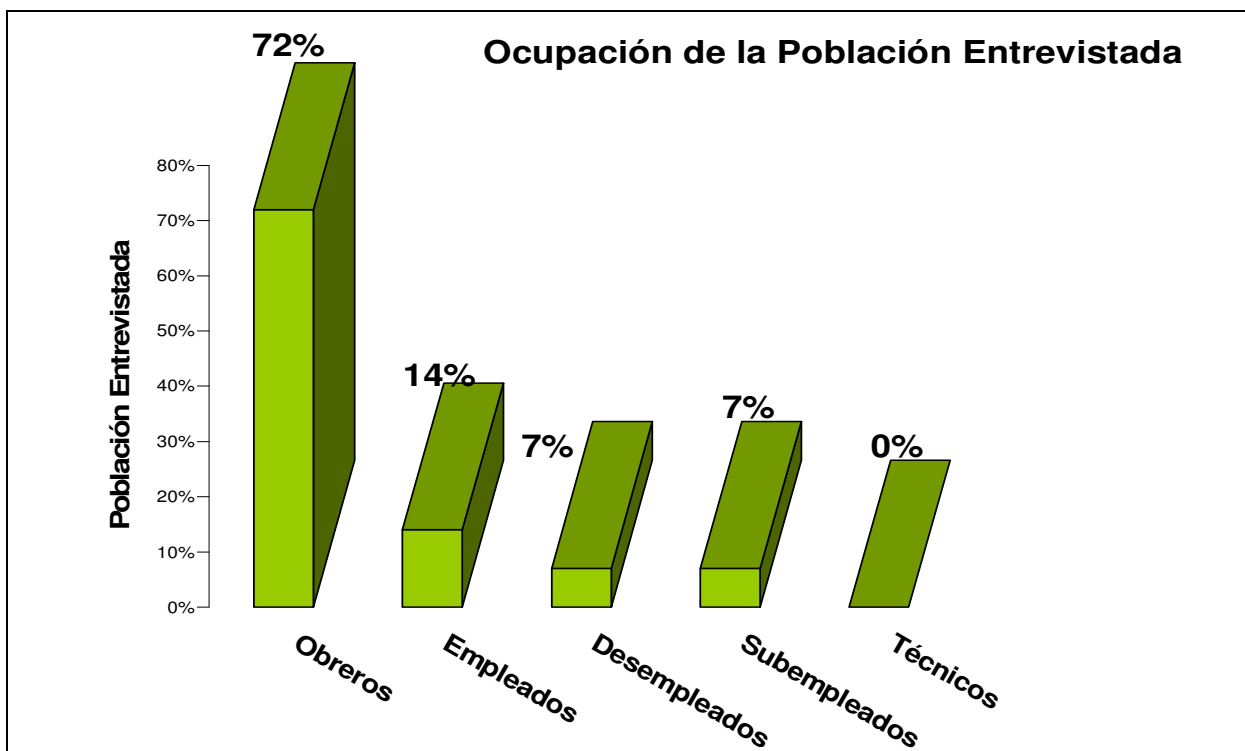
Gráfica 23.- No. De Dormitorios En La Vivienda De La Población Atendida.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 19)

Para ampliar el conocimiento de la distribución de la vivienda de la población entrevistada que demanda atención en el servicio de Cirugía en relación al número de dormitorios que posee la vivienda resultó lo siguiente: el 36% de las viviendas poseen 2 dormitorios, el 35% tiene un dormitorio, cuenta con 3 dormitorios el 16%, vivienda de un cuarto el 9%, y solo un 3% adquiere vivienda con 4 o más dormitorios.

Gráfica 24.- Ocupación De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 20)

La ocupación de la población es determinante ya que como se observa los daños a la salud afectan en mayor escala a la población económicamente activa. Los resultados representan que la ocupación mas frecuente se clasifica en que son obreros el 72%, el 14% son empleados incluyendo a (plomeros, carpinteros, oficial de albañil, chóferes, músicos y artistas de baja clasificación), se encuentran desempleados el 7%, es decir las (personas sin actividad laboral remunerada), un 7% lo conforman quienes son subempleados (personas que realizan alguna actividad y reciben ingresos inferiores al salario mínimo entre ellos encontramos a los vendedores ambulantes, los trabajadores del campo, trabajadores domésticos, pensionados, los peones de albañilería, los "tragafuegos", las personas que realizan algún oficio para una tercera persona sin estar bien contratados), y técnicos (una persona).

Cuadro No. 1. Ingreso Familiar De La Población Entrevistada.

Ingreso Familiar (promedio mensual) de la Población Entrevistada					
Ingresos			Mes	Promedio	
De	\$400.00	a	\$5,600.00	Enero	\$3,000.00
De	\$0.00	a	\$4,480.00	Febrero	\$2,240.00
De	\$0.00	a	\$6,200.00	Marzo	\$3,100.00
De	\$0.00	a	\$5,600.00	Abril	\$2,800.00
De	\$0.00	a	\$8,200.00	Mayo	\$4,100.00
De	\$400.00	a	\$6,400.00	Junio	\$3,400.00

Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 21)

Respecto al ingreso promedio mensual de la población entrevistada, se ha tomando en cuenta desde la cantidad mínima hasta la cantidad máxima de ingreso por grupo familiar, resultando que el promedio del ingreso familiar es desde \$2, 240.00 el mínimo y \$4,100.00 el máxima.

Las aportaciones económicas son los de los integrantes del grupo familiar que realizan actividades remuneradas por el tipo de actividad laboral como son: los jefes de familia, esposos(as), hijos y otros (incluyendo a las amistades, vecinos, instituciones) como se representa en los cuadros siguientes:

Ingreso Familiar (promedio mensual) del Jefe de Familia de la Población Entrevistada				
Ingresos			Mes	Promedio
De	\$0.00	a \$3,700.00	Enero	\$1,850.00
De	\$0.00	a \$4,000.00	Febrero	\$2,000.00
De	\$0.00	a \$4,000.00	Marzo	\$2,000.00
De	\$0.00	a \$5,000.00	Abril	\$2,500.00
De	\$0.00	a \$4,000.00	Mayo	\$2,000.00
De	\$0.00	a \$5,500.00	Junio	\$2,750.00

Ingreso Familiar (promedio mensual) de los Esposos				
Ingresos			Mes	Promedio
De	\$0.00	a \$2,800.00	Enero	\$1,400.00
De	\$0.00	a \$3,600.00	Febrero	\$1,800.00
De	\$0.00	a \$2,000.00	Marzo	\$1,000.00
De	\$0.00	a \$2,000.00	Abril	\$1,000.00
De	\$0.00	a \$2,600.00	Mayo	\$1,300.00
De	\$0.00	a \$1,600.00	Junio	\$800.00

Ingreso Familiar (promedio mensual) de los Hijos de la Población Entrevistada				
Ingresos			Mes	Promedio
De	\$0.00	a \$3,000.00	Enero	\$1,500.00
De	\$0.00	a \$2,400.00	Febrero	\$1,200.00
De	\$0.00	a \$3,000.00	Marzo	\$1,500.00
De	\$0.00	a \$2,400.00	Abril	\$1,200.00
De	\$0.00	a \$2,400.00	Mayo	\$1,200.00
De	\$0.00	a \$3,200.00	Junio	\$1,600.00

Ingreso Familiar (promedio mensual) de Otros				
Ingresos			Mes	Promedio
De	\$0.00	a \$4,000.00	Enero	\$2,000.00
De	\$0.00	a \$2,400.00	Febrero	\$1,200.00
De	\$0.00	a \$1,600.00	Marzo	\$800.00
De	\$0.00	a \$3,600.00	Abril	\$1,800.00
De	\$0.00	a \$7,000.00	Mayo	\$3,500.00
De	\$0.00	a \$4,800.00	Junio	\$2,400.00

Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca, período Enero – Junio 2005. (Anexo, tabla No. 21)

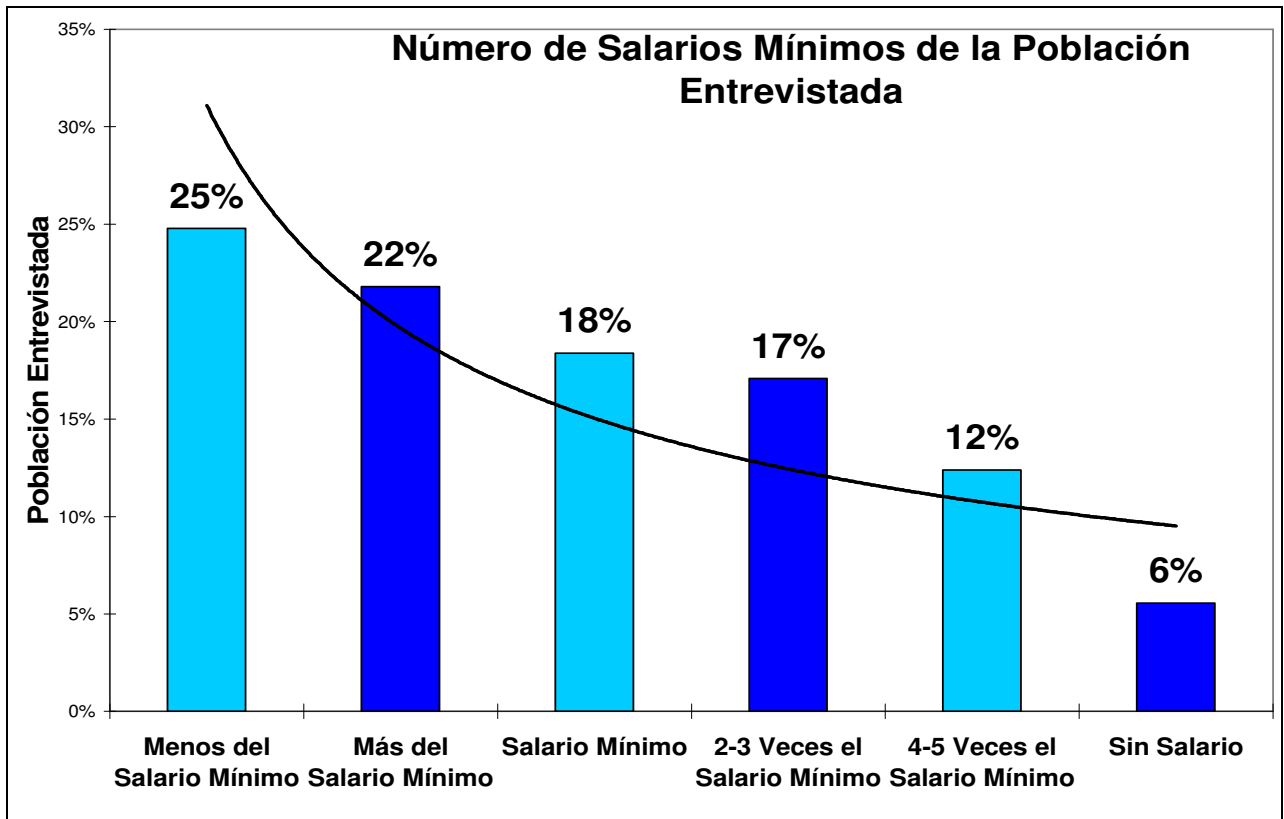
Cuadro No. 2. Egreso Familiar De La Población Entrevistada.

Egreso Familiar (promedio mensual) de la Población Entrevistada					
Ingresos				Mes	Promedio
De	\$400.00	a	\$5,600.00	Enero	\$3,000.00
De	\$150.00	a	\$4,480.00	Febrero	\$2,315.00
De	\$0.00	a	\$6,200.00	Marzo	\$3,100.00
De	\$1,080.00	a	\$5,700.00	Abril	\$3,390.00
De	\$446.00	a	\$8,200.00	Mayo	\$4,323.00
De	\$400.00	a	\$6,400.00	Junio	\$3,400.00

Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabal No. 22)

El egreso familiar mensual equivale a todos los gastos mensuales promedio, que realiza el grupo familiar para cubrir sus necesidades básicas en materia de alimentación, renta o predio, agua, luz, combustible, transporte, educación y consumos adicionales (medicamentos, ropa, diversiones, abonos, etc.). Estos egresos equivalen en promedio a los gastos por mes entre \$2, 315.00 a \$4,323.00.

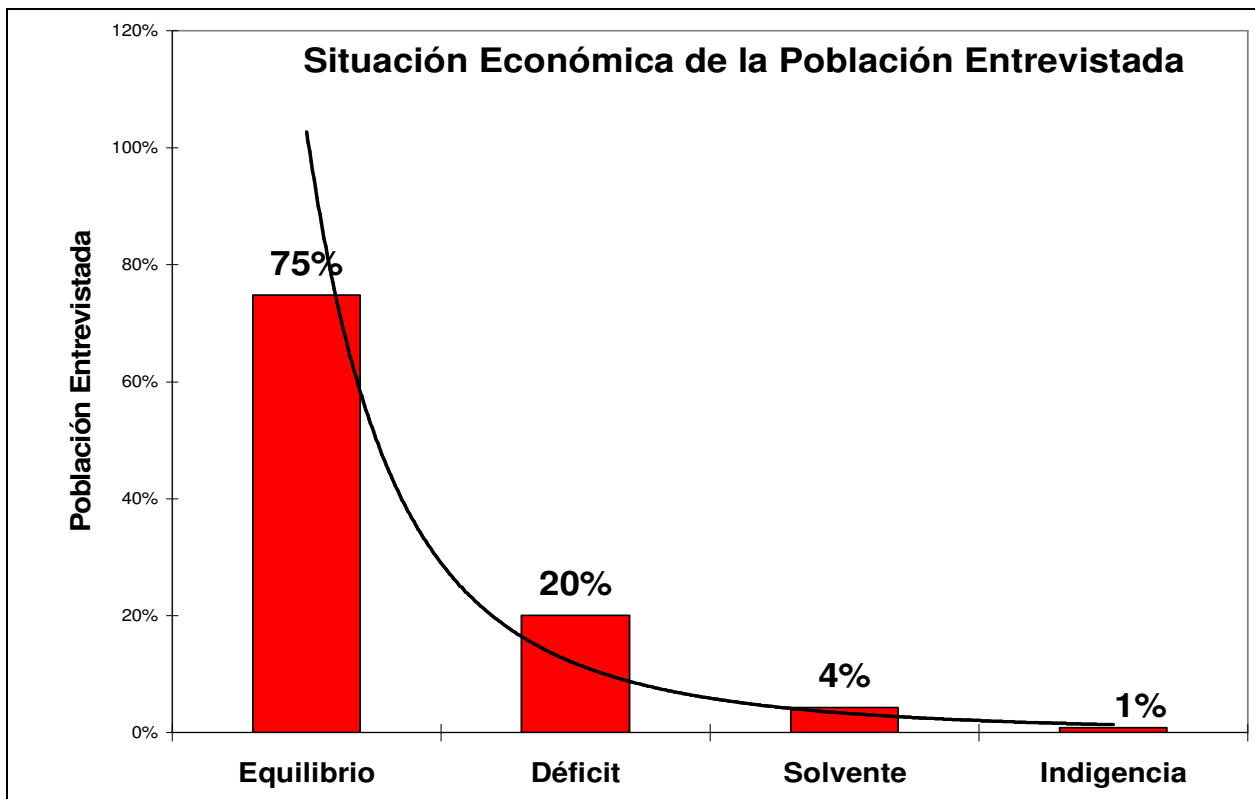
Gráfica 25.- Salario De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 23)

Con el tipo de ocupación relacionamos el aspecto de los salarios mínimos que la población entrevistada percibe. Por lo tanto estos resultados representan una relación importante ya que se tiene que el 25% percibe menos del salario mínimo, el 22% recibe percepciones equivalentes a más del salario mínimo, el 18% se mantiene con salario mínimo, solo el 17% percibe ingresos de entre 2 a 3 salarios mínimos, y un 12% obtiene de 4 a 5 salarios mínimos, contra un 6% se enfrenta a problemas serios al no tener ninguna percepción salarial.

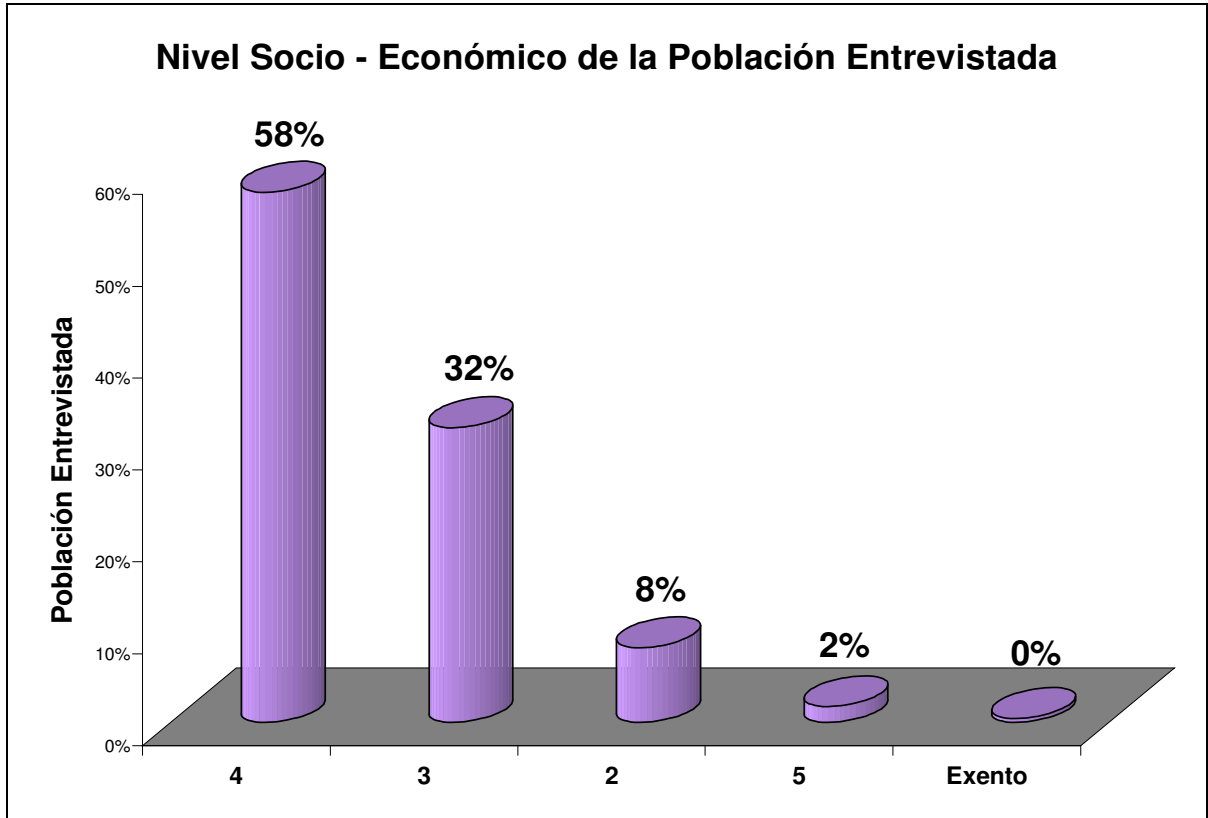
Gráfica 26.- Situación Económica De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo tabla No. 24)

Los resultados demuestran que la situación económica de la población entrevistada, una vez calificada posee las categorías siguientes: el 75% con tendencia al equilibrio aunque sus ingresos apenas alcanzan a cubrir los egresos familiares, un 20% se enfrenta a un déficit ya que los ingresos económicos son insuficientes para cubrir las mínimas necesidades básicas de la familia, solo el 4% vive con solvencia económica, contrario al 1% que vive en la indigencia.

Gráfica 27.- Nivel Socio – Económico De La Población Entrevistada.



Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005 (anexo, tabla No. 25)

El nivel socio-económico de la población entrevistada como se observa en la gráfica, un 58% resultó clasificado con el nivel 4, el 32% en nivel socio-económico 3, un 8% en nivel 2, y solo un 2% tuvo el nivel 5, el nivel exento se otorgó a quien no tiene capacidad de pago.

Resultados de Historias de vida.

Para el análisis cualitativo se llevaron a cabo 13 historias de vida, con los enfermos hospitalizados en el servicio de cirugía-hospitalización que aceptaron participar de manera voluntaria con el entrevistador en sesiones diarias cara a cara de acuerdo al avance de cada historia.

Se aplicó esta técnica cualitativa cuya dimensión es narrativa, la cual asume de manera global y coherente, la evaluación de lo vivido, esto implica que el relato se constituye en un sistema de sentido cerrado, en texto, excluye a sí mismo las encuestas con cuestionarios y los testimonios orales centrados en acontecimientos o periodos precisos, aunque sean narrados en primera persona. Lo que contribuye con importantes interpretaciones de la cultura y de su tiempo pero su pequeño detalle se encuentra en la vida cotidiana. Las historias de vida al resaltar las experiencias vitales de los individuos en su acción dentro de la sociedad descubren la relevancia de las vivencias personales en los marcos institucionales y el impacto de las decisiones personales en los procesos de cambio y estructura social. Por ello se pueden utilizar para probar teorías, hipótesis y proposiciones conceptuales y generar nuevas hipótesis en campos que parecerían agotados.⁵³

A continuación se presentan datos generales obtenidos de las 13 historias de vida en relación a:

Rangos de edad		
De 21 a 30 años	5	39%
Menos de 20 años	2	15%
De 41 a 50 años	2	15%
De 51 a 60 años	2	15%
De 31 a 40 años	1	8%
Con más de 60 años	1	8%
Total	13	100%

⁵³ Cuéntame tu vida. Historias de vida. "La Entrevista de Historias de Vida: Construcción y Lecturas". Garay, Gabriela. Instituto Mora. México, (1997).

Tesis: "Factores Socio-Económicos y Culturales que Determinan la Demanda de Atención Hospitalaria en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca"

Sexo		
Masculino	7	54%
Femenino	6	46%
Total	13	100%

Estado Civil		
Casados	6	46%
Unión libre	4	31%
Solteros	2	15%
Viuda	1	8%
Total	13	100%

Escolaridad		
Primaria completa	5	39%
Primaria incompleta	5	38%
Secundaria	2	15%
Profesional	1	8%
Total	13	100%

Religión		
Católica	9	68%
Evangelista	1	8%
Cristiana	1	8%
Pentecostés	1	8%
Testigo de Jehová	1	8%
Total	13	100%

Lugar de nacimiento		
Estado de Hidalgo	10	77%
Estado de México	2	15%
Estado de Puebla	1	8%
Total	13	100%

Lugar de residencia		
Estado de Hidalgo	12	92%
Estado de Puebla	1	8%
Total	13	100%

Tipo de familia		
Nucleares	8	61%
Desintegradas	4	31%
Reconstruida	1	8%
Total	13	100%

Familiar o responsable		
Esposos	7	53%
Padres	4	31%
Hijos	1	8%
Hermanos	1	8%
Total	13	100%

Ocupación		
Hogar	7	54%
Obrero	2	15%
Subempleado	3	23%
Desempleado	1	8%
Total	13	100%

Ingreso hospitalario		
Primer vez	8	62%
Subsecuente	5	38%
Total	13	100%

Unidad Médica que Refiere		
Hospitales	5	38%
Centros de Salud	4	31%
Iniciativa familiar	4	31%
Total	13	100%

Procedimientos Quirúrgicos

Tesis: "Factores Socio-Económicos y Culturales que Determinan la Demanda de Atención Hospitalaria en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca"

Apendicetomía	2	15%
Colecistectomía	3	22%
Plastia inguinal y umbilical	2	15%
Hemiteroictomía	1	8%
Exéresis de meningioma	1	8%
Craneotomía	1	8%
Cistolitotomía	1	8%
Artrorrafia humeral	1	8%
Hospitalización por Fx. Temporal	1	8%
Total	13	100%

Seguridad Social		
No tienen	11	79%
Seguro Popular	2	21%
Total	13	100%

Motivo de demanda de atención		
Urgencias	8	62%
Programados	5	38%
Total	13	100%

Fuente: Historias de vida a población entrevistada del servicio de cirugía enero-junio 2005.

6.2. Interpretación y Análisis de Resultados.

El trabajo de campo se llevó a cabo con la aplicación de 234 entrevistas estructuradas cara a cara y 13 historias de vida, a una población seleccionada de manera aleatoria, cuya demanda de atención hospitalaria fue en el servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca, Hidalgo. Los aspectos a investigar fueron en relación al objetivo, la hipótesis con variables dependientes y la independiente, considerando que es una investigación descriptiva – exploratoria con enfoque cualitativo y cuantitativo.

Con la finalidad de profundizar en el factor salud, se tomó en cuenta lo relacionado con la frecuencia de ocasiones con demanda de atención, si son referidos de unidades médicas en base a su ubicación, la causa y diagnósticos más frecuente, si los casos están vinculados con aspectos médico legales y si cuentan con seguridad social.

Por consiguiente con los resultados que se obtuvieron se permitió conocer primero cuales son esos factores a los que se hace referencia, ya que podemos observar que la demanda de atención es mas solicitada por quienes acuden por primera vez al servicio, esto significa que el servicio está respondiendo a la demanda de atención a los usuarios que nunca habían tenido acceso a los servicios del hospital, y que por los años de servicio que el hospital tiene se suponía que dicha atención se daba más a los que de alguna manera han tenido acceso previo al servicio. Otro punto es que a pesar que los entrevistados respondieron en su mayoría ser enviados de alguna unidad médica, como es el caso de los hospitales que refieren a este servicio por no contar con la especialidad, no tener el recurso humano en todos los turnos, por la complicación del caso, llama la atención que el primer nivel (Centros de salud) canalizan en menor frecuencia, y de los casos que ingresan a través de la consulta externa por la especialidad correspondiente es parte de la población que acude de manera subsecuente por padecer enfermedades crónicas y de este forma en ocasiones son programados para alguna intervención quirúrgica. También encontramos a personas que buscaron atención médica resolutive en otras

dependencias de salud pero que al no contar con los medios necesarios demandan los servicios en este nosocomio, en situaciones similares buscan además una atención particular pero al encontrarse en desventaja económica para sufragar los gastos de igual forma son llegados a esta unidad, otros casos son cuando sufren algún tipo de accidente y son auxiliados por socorristas de la Cruz Roja u otras instancias que por lo consiguiente en su gran mayoría los trasladan del lugar del suceso a esta institución, por otro lado un gran porcentaje solicitan el servicio de cirugía por iniciativa familiar, sin tomar en cuenta los riesgos a que se exponen en el trayecto del viaje, y quienes lo hacen por tener experiencia previa en la atención. Ello nos permite saber que son los Hospitales quienes refieren en mayor porcentaje, luego los Centros de Salud, también la Medicina Privada, las unidades de IMSS-Oportunidades, la Cruz Roja y otros. Los resultados nos indican que las unidades médicas que refieren se ubican en el interior del estado, en 12 de las 13 jurisdicciones sanitarias que existen en el Estado, la faltante es de la región de Huichapan, donde comenta el director del hospital de dicha hospital que ellos trasladan más casos al hospital de Querétaro por la cercanía. Las enfermedades de mayor demanda como causa de atención, son: del Apéndice, Traumatismo Intracraneal, Colelitiasis y Colecistitis, Otras Enfermedades de los Intestinos y del Peritoneo, Traumatismo de Otros Órganos Internos, Otros Tumores IN SITU Benignos y Tumores de Comportamiento Incierto y Desconocido, traumatismos de Regiones Especificadas, Heridas de Miembro Superior e Inferior, Hernia Inguinal, Otras Hernias, Hemorragia Intracraneal, Hiperplasia de la Próstata, Diabetes Mellitus.

En consecuencia los casos de traumatismos producidos por accidente, golpes, riñas, caídas, cuyas lesiones a veces ponen en peligro la vida y en base a la Ley y la Norma Oficial No. 168 del expediente clínico, son motivo de notificación a la agencia de Ministerio Público, por ser casos médico legales. Resulta que existe una carencia de seguridad social que predomina en un 88% en virtud que por el momento es escasa la población que posee algún tipo de seguridad social, como es el caso de esta población que refiere pertenecer a programas de IMSS-Oportunidades y Seguro Popular, y en mínima parte se atiende a alguno con afiliación al IMSS.

Para estudiar el factor social, se incluyeron otros datos como son:

La edad, cuyo resultado reporta que con mayor frecuencia se enferman los que tienen edades entre 21 a 30 años, de la población estudiada entre 16 hasta más de 71 años, que fueron clasificados en grupos por rangos. Se observa que la gente joven tiene mayores posibilidades de recuperarse en corto plazo en comparación con la de mayor edad, pero de acuerdo al análisis, no se descarta que la gente joven sufre en tanto complicaciones y por consecuencia se prolonga su estancia hospitalaria y se limita su recuperación aunque esto suceda en menor escala de los adultos.

El sexo, nos damos cuenta que la población masculina en un 58% es la más afectada de salud, ya que ingresan en mayor porcentaje que las mujeres aunque la diferencia no es tan marcada.

El estado civil, nos expresa que el grupo entrevistado tiene pareja, el 60%, de los cuales son casados el 33% y viven en unión libre el 27%, los que además son los jefes de familia.

La escolaridad, es otro dato que nos indica bajo nivel educativo ya que el 52% de esta población solo recibió instrucción primaria, de los cuales el 31% la concluyó, y el 21% no, otro dato que nos refleja lo anterior es que el 18% no tiene estudios, y los demás tienen secundaria, preparatoria y profesional incompleta. Esto indica la dificultad a que se enfrentan para establecer una buena comunicación y relación con el personal de salud, para comprender indicaciones y poder participar activamente con el enfermo.

La religión, expresa que son católicos en un 80%, sin tener grupos de protestantes con otras creencias religiosas englobados en un 20% como son: los creyentes, los evangélicos, Testigos de Jehová, cristianos y Pentecostés. Donde se encuentran casos de rechazo a la atención, a la transfusión sanguínea como es el caso de

Testigos de Jehová, lo que dificulta el trabajo de los médicos sobre todo cuando son casos críticos que requieren alguna intervención quirúrgica urgente.

El domicilio de procedencia, nos indica que el 78% son de Hidalgo, pero también se tiene población de estados colindantes como lo es el estado de México, de Puebla, de Veracruz, de Tlaxcala y otros como en este caso se encontró una persona del estado de San Luis Potosí. Pero en relación a la población del estado de Hidalgo, vinieron de 49 municipios lo que equivale al 58%, de los 84 existentes, distribuidos en 12 jurisdicciones sanitarias, incluyendo a las regiones con mayor marginación y pobreza extrema, como es el caso de la Huasteca y la Otomí-Tepehua.

La familia más predominante es de tipo nuclear en un 44% y están compuestas en su mayoría de 4 a 6 integrantes, otro dato relevante es que durante la estancia hospitalaria en mayor frecuencia es la pareja que asume la responsabilidad económica y moral del enfermo. Claro es que los demás porcentajes también deben ser tomados en cuenta, ya que la familia juega un papel importante en la sociedad pero más cuando existe un afectado de salud, como es el caso de este hospital y sobre todo del servicio de cirugía; en ocasiones ingresan enfermos sin familiares.

La vivienda, los datos arrojan que un 56% dijo tener casa propia, aunque las viviendas estén construidas en vecindades o sean cuartos improvisados en un 67%, dichas viviendas poseen 2 dormitorios en el 36%, y un solo dormitorio el 35%. Por lo cual se considera que este ambiente que no favorece un sano desarrollo armónico de sus integrantes y puede ser que tampoco favorezca al enfermo y sí puede ser un condicionante que ponga en riesgo su salud por no contar con el espacio adecuado para su restablecimiento.

De igual forma al investigar el factor económico se consideraron otros entornos que conllevan a su estudio, como son:

La ocupación, está sujeta al tipo de actividad que realizan, por región donde viven, y al tipo de patrón o empresa para quien trabajan.

El salario, se registró en base al salario mínimo establecido cuyos resultados nos dicen que el 25% percibe ingresos inferiores al sueldo mínimo, el 22% recibe un poco más de un pago mínimo, el 18% recibe lo equivalente al salario mínimo, y el 27% recibe mensualidades equivalentes entre 2 a 5 salarios, pero también se encontró que algunos no tienen percepción alguna. Situación que pone en riesgo a las familias y por consiguiente su salud.

Los ingresos y egresos familiares, sufren alteraciones en la economía sobre todo cuando alguien de la familia enferma, lo que en ocasiones es motivo de retrasar la atención y tratamiento, y cuando son patologías que ponen en riesgo al enfermo la familia, pide prestado o regalado, o se desprende de sus pocas cosas materiales para afrontar los gastos que ello le ocasiona.

La situación económica, de esta población se considera que es baja, ya que como se observa el salario es escaso, insuficiente para gastos imprevistos como son los gastos catastróficos a consecuencia de algunas patologías, sobre todo cuando surgen de emergencia.

El nivel socio-económico, de la población en estudio, fue clasificado en nivel 4 un 58% y los demás en nivel 3 y 2 llegándose a encontrar al que no cuenta con capacidad de pago por indigencia y pobreza extrema. Dicha clasificación se obtiene al considerar los aspectos siguientes: Los datos generales; el diagnóstico médico; el grupo familiar; la ocupación; el ingreso y egreso familiar mensual; el salario; la situación económica; el tipo de vivienda; y el número de dormitorios.

El enfoque cualitativo, se sustentó con 13 historias de vida, a través de entrevistas por sesiones a profundidad, con usuarios que aceptaron compartir su historia sobre aspectos vividos antes de su enfermedad, posterior a ella, aspectos de su ciclo vital, así como datos etnográficos.

Se realizaron 13 historias de vida, cuyos los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados por razones obvias para proteger su identidad resaltando lo siguiente:

Acerca de su enfermedad

En 13 historias de vida nos dicen que se enfermaron por causa de origen natural, por lo que en las manifestaciones de los primeros síntomas no dieron importancia a ello, en su mayoría presentaron algún tipo de dolor abdominal, dolor de cabeza, infección de vías urinarias, convirtiéndose después en enfermedades crónicas, por las cuales algunos al complicarse, requirieron una atención de urgencia y 3 enfermaron a causa de haber sufrido accidentes en casa y en carretera, por lo que fueron referidos a este hospital.

Significado de su enfermedad.

En 11 historias se manifiesta que el hecho de estar enfermos los hace sentirse víctimas de su enfermedad, ya que no se explican hasta el momento porqué se les desarrolló dicho padecimiento, 2 se sienten culpables porque de manera directa o indirecta dicen haber contribuido a estar en esta condición, como es el caso de Marta, que se culpa de no haberse fijado que sus zapatos tenían lodo y así subió por una escalera a la azotea de su casa, por eso resbaló y cayó de esa altura produciéndole pérdida de la conciencia y politraumatismos en casi todo el cuerpo pero el golpe que le afectó en mayor grado fue en la cabeza resultándole una fractura. Otro caso es el de Jazmín, que dijo no haberse atendido oportunamente y después no continuo las indicaciones médicas por lo que presentó complicaciones motivo por el cual fue hospitalizada de emergencia.

Lugar de atención.

En 6 de las historias comentan que inicialmente acudieron al Centro de Salud más cercano a su domicilio para su atención inicial, después por el diagnóstico probable los refirieron para atención especializada del servicio de Cirugía, 2 más fueron atendidos de inicio por médico particular, otros 2 llegaron directamente a este

hospital como urgencia; 2 más acudieron primero con curanderos (hechicero y sobandero) y uno asistió primero a una farmacia de similares.

Lo que representa su enfermedad y cómo la explica.

A través de sus relatos en estas historias, se expresa que por el solo hecho de saber que tiene una enfermedad, les representa pensar en gastos; tener miedo; tener angustia; estar preocupados; aguantar su dolor; le surge una desconfianza, sufrir, quedar desempleados, no tener ingresos, desesperanza por tener que separarse de sus seres queridos, sobre todo de los hijos.

Acerca de la primera vez que enfermó.

A través de estas historias nos damos cuenta que la mayoría ha enfermado en otra ocasión, como la historia de José, que comenta su experiencia sucedida hace aproximadamente 30 años cuando enfermó por un dolor en el abdomen tan fuerte por el que fue intervenido quirúrgicamente de emergencia en un hospital de la ciudad de México. Otros han enfermado por primera vez hace 21, años, la historia de Rosalía llama la atención porque dice que inicio su padecimiento hace 15 años, fecha desde la cual no encontraba resolución al daño que le aquejaba, dice que entonces se le manifestó un dolor de cabeza, que cada día se acentuaba mas, por lo que visitó, médicos, en centros de salud, clínicas, de su localidad y región, también consultó médicos de la ciudad de México, curanderos, brujos. Hasta que hace algunos meses al realizarle una tomografía de cráneo descubrieron una tumoración en la cabeza por lo que fue referida a esta unidad, actualmente ya ha sido operada. La historia de José Alfredo, comenta que ha sido operado en dos ocasiones la primera de una hernia hace 5 años y en esta ocasión de la apéndice a pesar que solo cuenta con 18 años de edad. Del resto de historias han enfermado por primera ocasión algunos hace dos años otros hace un año, hay quienes apenas hace algunos meses, y los que enfermaron por vez primera motivo de su estancia hospitalaria.

Experiencia anterior con los médicos.

En 5 historias encontramos que su opinión es buena porque fueron atendidos de inmediato, recibieron un buen trato, contrario al resto que opina no estar de acuerdo por los malos comentarios y actitudes del personal, por la tardanza en ser atendidos, por mala atención, y por haberse infectado de la herida posterior a la operación.

Experiencia actual con los médicos.

Se detecta en 8 historias donde opinan que esta experiencia ha sido buena, por el buen trato y el tipo de atención que han recibido, sienten confianza, porque fueron ya operados, porque sienten mejoría, porque tienen la esperanza que su enfermedad desaparezca por completo. El resto opina lo contrario por la tardanza para ser recibidos en urgencias, tardanza en la programación de su cirugía, por indicarle una fecha para que se internara sin estar bien programada lo que la hizo volver a regresar, por la falta de precaución de la enfermera al momento de aplicarle el medicamento, por haberse infectado posterior a la cirugía, por no hacerle las curaciones conforme a indicaciones del médico tratante.

Acerca del uso de medicina alternativa.

En 7 historias se relata que no han hecho uso de ella, 4 usan algún tipo brebaje con hierbas recomendadas por familiares o conocidos o por practicas de rutina, 2 platican que antes de acudir al servicio médico una fue atendida por varios curanderos (brujos o hechiceros de su región), tal es la historia de Rosalía, que comenta que efectivamente por la desesperación que le producía el dolor visitó a los curanderos de su región que le encomendaron La historia de "Cristina, refiere que al sentir durante varios días un dolor abdominal acudió con una señora que le sugirieron porque sabia curar de cualquier dolor, la que efectivamente comenta me sobó en varias ocasiones me puso un parche, lo que pienso me afectó porque se me inflamó y me puso negro mi abdomen y por eso mi marido me trajo a urgencias donde los médicos le dijeron que lo que tenía era una hernia pero ya estaba estrangulada por lo cual necesitaba una operación urgente".

Sobre como le diagnosticaron su enfermedad.

Quienes acudieron a atenderse con curanderos tradicionales comentan que con limpias, rituales, brebajes y sobadas.

Lo contrario les ha sucedido a quienes acudieron con médicos, sobre todo en el hospital, donde aseveran que les hicieron estudios de sangre, de orina, de rayos x, con ultrasonido, con tomografías, y otros que no recuerdan como el caso de José, que dice fue llevado a la ciudad de México para que le practicaran un estudio especial que no hacen en el hospital ni en otra parte de Pachuca, con el cual confirmaron su diagnóstico.

Acerca de que si puedan curarse.

Todas las 13 historias de vida coinciden en que sí pueden curarse pero con medicina alópata y los que alguna o muchas veces fueron con curanderos señalan que ya no acudirán con ellos porque aparte de que cobran caro, no los aliviaron.

Otros aspectos a conocer son sobre las características de su población y forma de vida se detecta lo siguiente:

Cada una de las historias nos ayuda a conocer donde y como vive la población que demanda atención en el servicio de Cirugía-hospitalización del Hospital General de Pachuca.

Sus localidades donde radican están ubicadas en zonas rurales, semi-urbanas y escasamente en zona urbana, con carencia de los servicios básicos; los que viven en la ciudad se ubican en colonias populares, con riesgos de seguridad y pandillerismo, contrario a quienes viven en el campo lo hacen con mucha tranquilidad a pesar de otras carencias.

Otro dato relevante es que se puede observar que los años de residencia varia desde los que apenas tienen un año de haber cambiado de lugar de residencia más de 20 años, solo en 2 historias no han cambiado re residencia, inclusive han

emigrado a este estado del estado de México. Otros salen por algún tiempo a otras localidades por buscar empleos y por lo que se observa que han regresado con su familia de origen a su lugar natal.

Una de las historias de vida se trata de persona que habla dialecto náhuatl, que vive en una comunidad de la Huasteca Hidalguense, donde todavía existen grupos de indígenas del municipio de Huejutla de Reyes, el resto habla español, a pesar que tengan familiares o vecinos en sus comunidades que aún hablen algún dialecto.

El medio ambiente en que viven en su mayoría lo considera tranquilo, sin tanta contaminación, los que viven en el campo están rodeados de vegetación, animales, aunque los que residen rumbo al valle del mezquital se ubican en lugares áridos, la mayoría manifiesta tener escasez de agua.

Las formas de subsistencia.

Se sustentan por el tipo de trabajo que algunos realizan en el campo, campesinos y jornaleros, otros se dedican a la albañilería, también hay comerciantes en pequeño, obreros, aunque sean pocos quienes no trabajan pero reciben apoyo económico de familiares (padres, hijos, hermanos), de los cuales algunos se encuentran laborando en el extranjero.

Acercas de sus bienes materiales, comenta la mayoría tener casa propia, aunque estén en construcción, 4 carecen de vivienda y una cuenta con vivienda rural. En su mayoría el mobiliario y aparatos electrodomésticos son mínimos. El caso de la historia de Rosalía, dice ser tan pobre que aun duermen sobre petates en el suelo.

El nivel cultural, se refleja en parte por el nivel educativo, con grado de escolaridad bajo y por sus costumbres y tradiciones, que aún quedan muy arraigadas porque las practican de forma cotidiana en la gran mayoría, aunque los menos las han ido perdiendo.

Desarrollo del ciclo vital de estas historias de vida.

Se observa que desde su nacimiento, 6 hacen referencia de haber vivido una buena niñez desde ese momento ya que recuerdan momentos agradables, pero el resto dice que no les fue tan bien, ya que han experimentado recuerdos muy desagradables en esta etapa de su vida al quedar huérfanos de madre o haber sido abandonados por el padre; uno dice que fue regalado cuando era bebé y criado por padres adoptivos como es el caso de Mateo, que descubrió su origen hasta llegar a su vida adulta.

Sobre la etapa de la adolescencia, solo 4 recuerdan haberla vivido felizmente, ya que sus memorias son agradables sobre su familia, sus amistades, sus festejos como es la historia de Yuridia, que recuerda con mucho cariño su fiesta de 15 años que le gustó mucho, porque se la hicieron sus padres y convivió con amigos de su iglesia. Contrario a los demás que están llenos de malos recuerdos y experiencias, etapa difícil, con muchas limitaciones por la pobreza, malos tratos, inicio de vicios como el tabaquismo y alcoholismo; mala comunicación con su familia, inicio de una vida laboral, también inicio del noviazgo; pero también de matrimonios prematuros, y separación con la familia.

En cuanto a la adultez, todos opinan que esta etapa se refuerza con la consolidación de la pareja, nacimiento y crianza de los hijos, con una vida laboral más intensa, y para algunos apenas el descubrimiento de su identidad.

El matrimonio. la pareja más joven de estas historias, es la que formó Mateo, a los 13 años de edad, le sigue otra a los 14 años, hay quienes a los 15 años, y los demás constituyeron su pareja entre 17 y 24 años, por lo que actualmente se encuentran algunas de estas parejas en la etapa del nido vacío, sin descartar a los 2 solteros de 18 años de edad.

En relación al tema de defunción el 100% de estas historias hacen alusión a que de alguna forma han sufrido la pérdida de seres queridos como son: padres, hermanos, esposos, abuelos entre otros.

El tipo de familia a que pertenecen, en 8 historias se encontraron familias de tipo nuclear, 4 historias se encuentran actualmente con familias desintegradas, otra es reconstruida, a pesar de ello se consideran familias tradicionales con costumbres y tradiciones bien arraigadas. En cuanto a sus relaciones familiares, actualmente las consideran buenas en especial con los esposos, con los hijos así también con los padres.

Se tuvo oportunidad de entablar charlas con los familiares responsables que permanecieron al cuidado durante la estancia hospitalaria en el servicio de Cirugía ubicado en el cuarto piso del Hospital General de Pachuca. En primera instancia con los esposos, también con los padres y por último con los hijos y los hermanos de estos casos, quienes comentaron que su principal preocupación que les aqueja es referente a la recuperación de sus familiares que se encuentran encamados, por las complicaciones surgidas durante su tratamiento; por los gastos que día con día se van incrementando en la compra de medicamentos, el pago de estudios especiales. Porque extrañan su comida, a la familia; por carecer de seguridad social lo implica desembolsar dinero que no tienen, por lo que se ven obligados a pedir prestamos, por la separación del resto de la familia, por estar lejos de sus domicilios, además de enfrentarse ante trámites y situaciones desconocidas, con personal que les de igual manera, es decir unos bien y otros no como ellos quisieran, en situaciones adversas al enterarse de la noticia sobre la enfermedad. Tal es el caso de la señora Cirila, madre de Héctor, que en cuanto recibió la noticia de que su hijo había sufrido un accidente, se trasladó hasta este hospital para estar al lado del hijo, sin separarse un solo día, porque dice que estuvo a punto de perder la vida por eso se marchará hasta que su hijo sea dado de alta del servicio, ya que además vive lejos, es originaria del estado de Puebla.

Trabajar con esta técnica de historias de vida me ha permitido valorar más la vida, ya que además de investigar los aspectos a que se ha hecho referencia, se observa que cuando la gente habla sobre su vida en relación a problema de salud que le involucra, manifiesta un tipo de desahogo emocional, lo que al principio no se percibe porque al inicio de las charlas las personas se cohiben un poco, pero a medida que

continúan hablando sin darse cuenta se van liberando hasta llegar a relajarse, es decir que se observa como sus miedos, angustias y hasta sus resentimientos por malos recuerdos; y por un momento se olvidan del mal que les aqueja. Por consiguiente quien aplica esta técnica de igual manera se siente confortado. Además esta experiencia permite ir más allá de encontrar datos tan concretos que limitan un conocimiento profundo acerca de la vida de las personas afectadas de salud.

6.3 Conclusiones.

Este trabajo se llevó a cabo en un lapso de tiempo de 6 meses, de enero a junio del año 2005, para conocer los factores socio-económicos y culturales que determinan la demanda de atención hospitalaria en el servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca, la muestra fue de 234 entrevistas estructuradas, a 39 casos por mes en forma aleatoria, se elaboraron 13 historias de vida, considerando que el enfoque es cuantitativo y cualitativo.

En respuesta a la pregunta de investigación, sobre como influyen los factores socio-económicos y culturales, primero se tuvo la oportunidad de conocer cuales son esos factores, para posteriormente ver como influyen, por lo que llegamos a las conclusiones siguientes:

Es importante destacar las categorías estudiadas que engloban primero al factor social tal es el caso de la edad de quienes padecen más daños de salud oscila entre 21 y 30 años; en mayor frecuencia son los hombres; cuyo estado civil son casados; en cuanto a su escolaridad es muy escasa ya que se observa que un 52% solo ha cursado instrucción primaria de forma incompleta un 31%, contra el 18% que carece totalmente de estudios; en relación a las creencias religiosas predomina la católica, sin pasar desapercibidos los Testigos de Jehová con quienes se llega a tener ciertos criterios no compatibles en cuanto al tratamiento médico establecido; la procedencia de la población hidalguense es de 49 de los 84 municipios del estado que semeja al 78%, y debido a la colindancia que se tiene con otros estados acudió población principalmente de México, Puebla, Veracruz y Tlaxcala; los familiares o responsables que más participan durante el proceso salud-enfermedad son los esposos 43%; otro dato que resalta es que los grupos familiares a que pertenecen están integrados de 4 a 6 personas en un 43%; por lo tanto el tipo de familia predominante es la nuclear; en cuanto a vivienda un 56% dijo tener casa propia; las cuales están construidas en vecindades o cuartos improvisados un 67%; predominando las viviendas con dos dormitorios un 36% y un 35% con un solo dormitorio.

El factor económico se destaca por el tipo de ocupación que son obreros; en consecuencia el ingreso promedio mensual familiar que perciben fluctúa entre \$2 400.00 y \$4100.00; que se refleja en el egreso familiar mensual; lo que significa que un 65% percibe muy bajos ingresos; por lo tanto la situación económica es insuficiente para afrontar los gastos por daños a la salud de la población porque están supeditados únicamente a cubrir las mínimas necesidades básicas; por lo tanto el nivel socio-económico y cultural de la población entrevistada es bajo.

En consecuencia la demanda de atención responde además en base a que la población puede acudir por primera vez o de manera subsecuente, la causa puede ser por enfermedades que requieran una atención de urgencia como son los casos que sufren traumatismos por accidentes, caídas, riñas, golpes, así también otras causas pueden ser enfermedades que pongan en peligro la vida de la persona como son: del apéndice, hernias estranguladas, colecistitis complicadas, hemorragias. Ya que otras enfermedades crónicas, como hernias, tumores, pueden ser programadas para su intervención quirúrgica, aunque vemos que es común que se conviertan en urgencias al no ser bien tratadas, o al no cumplir con las indicaciones médicas.

En que la demanda de atención se da porque la población no cuenta con algún tipo de seguridad social, y los que están afiliados a Oportunidades y Seguro Popular tienen la opción de ser atendidos en esta unidad.

Del mismo modo se atribuye a que la precaria situación económica que atraviesan los usuarios no les permite pagar una atención privada que resulta muy onerosa. Y al mismo tiempo el hospital les otorga la posibilidad de ajustarles la cuota de recuperación en base al estudio socio-económico que la trabajadora social realiza que determina su capacidad de pago y el tipo de atención según sea el caso por enfermedades crónicas o alguna urgencia. Los pagos que realizan correspondientes a la atención hospitalaria son equitativos al ingreso económico de los usuarios.

De acuerdo a la mala experiencia vivida durante su proceso salud-enfermedad los enfermos prefieren la medicina moderna que la tradicional.

Capítulo 7

Propuestas

Es necesario dar a conocer el presente trabajo al hospital General de Pachuca, para el personal del servicio de Cirugía-hospitalización y los profesionales de Trabajo Social lo conozcan y les permita implementar nuevos paradigmas para lograr una atención de calidad.

Para mejorar la vida de los hidalguenses en materia de salud, es necesario que las instituciones de salud que existen en el estado fortalezcan sus esfuerzos, es decir que tanto las de primero como las de segundo nivel, atiendan en forma oportuna la demanda de atención, identifiquen los casos con enfermedades que requieran intervención quirúrgica no urgente y refieran dichos casos a los hospitales ubicados por jurisdicción sanitaria que cuenten con esta especialidad manera oportuna para evitar que la población acuda al hospital exponiendo la vida del enfermo cuando llegan por iniciativa familiar.

Para reforzar el sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, deben crearse redes de apoyo con todas las unidades de salud, públicas y privadas incluyendo las de la capital y las situadas en los municipios del interior del estado, sin olvidar aquellas unidades de salud existentes en los estados colindantes que igualmente refieren pacientes.

Establecer canales de comunicación más fluidos, claros y concisos, considerando el tipo de lengua (dialecto) de la población, el grado de escolaridad, su religión, su baja condición socio-económica y cultural, mejorando así la relación médico – paciente, enfermera – paciente, trabajadora social – paciente, institución – paciente.

Formar equipos de salud, cuya convicción esté encausada hacia el tipo de población que realmente demanda atención en el servicio de cirugía-hospitalaria, donde la familia juega un papel importante para la recuperación o muerte del usuario.

Que el personal médico tratante, retome las condiciones sociales, económicas y culturales de esta población que espera recibir una atención de calidad, porque viene con la idea de encontrar buenos especialistas que respondan a sus expectativas, en quienes se deposita la esperanza de vida de las personas con severos daños de salud, y en quienes el médico pone en práctica su conocimiento, experiencia, y su compromiso con su profesión.

Que los Trabajadores Sociales, inmersos en este campo y los que se vayan integrando a él, se involucren día con día en llevar a cabo investigaciones científicas para tener un conocimiento más apegado a la realidad social de la población sujeto de intervención, y con ello cambiar las viejas rutinas y enriquecer el quehacer profesional para coadyuvar al mejoramiento del bienestar social y calidad de vida de la población que sufre graves daños en su salud.

Utilizar con mayor responsabilidad y conocimiento los instrumentos de Trabajo Social, aplicando las técnicas enfocadas a obtener datos precisos y confiables para determinar el nivel de pago, en base a la capacidad de pago, sobre todo de los que menos tienen, favorecer la equidad y hacer más fluido el acceso a los servicios de salud de los hidalguenses.

Aplicar la técnica de historias de vida, que permiten conocer con mayor profundidad todos los aspectos que involucran al enfermo, con su entorno social.

Bibliografía.

- Anales De Trabajo Social. Tello Peón, N.E. UNAM. Revista No. 1. México, (2000).
- Archivo Clínico Y Estadística, Hojas De Registro Diaria De Actividades. Hospital General De Pachuca, Hidalgo. México, (2004).
- Archivos De Trabajo Social. Departamento De Trabajo Social, Hospital General De Pachuca. México, (2005).
- Bienestar Social Y Políticas Públicas. Evangelista Martínez, Elí. Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo. México, (2004).
- Certificados De Defunción, Expediente Clínico. Hospital General Pachuca. México. 2005. (*)
- Código De Bioética Para El Personal Del H.G.M. Secretaría De Salud. México, (2005).
- Código De Ética De Los Servidores Públicos. Secretaría De Salud. México, (2003).
- Código Familiar Y De Procedimientos Familiares Reformado Para El Estado De Hidalgo. Editorial Cajica. México, (2004).
- Consejo Consultivo 115, Reunión Nov-2004. Organización Mundial De La Salud, (2004).
- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos, Constitución Política Del Estado Libre Y Soberano De Hidalgo, Anaya Editores, México, (2005).
- Cuéntame tu vida. Historias de vida. "La Entrevista de Historias de Vida: Construcción y Lecturas". Garay, Gabriela. Instituto Mora. México, (1997).
- Definición Del Alcance de la Investigación A Realizar: Exploratoria, Descriptiva, Correlacional o Explicativa. Metodología de la Investigación. Hernández, Sampieri. Mcgraw-Hil México, (2003).
- Documento 40 ONGS sobre la familia, Instituto de Ciencias para la familia, Pamplona (1995).
- El Trabajo Social En México. Desarrollo Y Perspectivas. Valero, Chávez, Aída. UNAM. Escuela Nacional De Trabajo Social. México, (1994).

- Guía Manejo De Crisis Que Afectan La Seguridad Del Paciente En Hospitales. Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes. Secretaria De Salud. México, (2003).
- Historia de la Cirugía. Biblioteca De Consulta Microsoft Encarta, (2005).
- Individuo, Grupo Y Sociedad. Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud. México, (2000).
- La Familia. Ermo Quisbert, Jorge Machicado Y Margot Mariaca. México.
- Familias Y Relaciones de Género. Cambios Trascendentales En América Latina Y El Caribe Schmukler, Beatriz. Edamex, México, (1998).
- Familias y Terapia Familiar. Minuchin Salvador. Gedisa, Madrid, (1991).
- Guía Manejo De Crisis Que Afectan La Seguridad Del Paciente En Hospitales. Carta De Los Derechos Generales De Los Pacientes. Secretaria De Salud. México, (2003).
- Historia de la Cirugía. Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, (2005).
- Individuo, Grupo Y Sociedad. Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud. México, (2000).
- La Cultura Organizacional De México. Hitos de Ciencias Económico Administrativas. Vargas Hernández J. G. Segunda parte, (2001).
- Manual De Cuotas De Recuperación. Patrimonio De La Beneficencia Pública. Secretaria De Salud. México, (2005).
- Manual De Organización Y Funcionamiento Del Servicio De Cirugía. Hospital General De Pachuca, Hgo. México, (2005).
- Manual De Trabajo Social. La Prensa Médica Mexicana. Castellanos, M.C. México,(1981)
- Metodología De La Investigación. Hernández, Sampieri. McGraw-Hill México, (2003).
- Metodología Y Practica Del Desarrollo De La Comunidad. Ed. Lumen Hvmanitas. Ander-Egg, E. Buenos Aires – México, (2000).
- Modelos De Atención E Intervencion Profesional. Antología De La Asignatura. Módulo 4. Perazzo, D. U.A.E.H. México, (2005).
- Norma Oficial Mexicana Nom-017-Ssa2-1994, Para La Vigilancia Epidemiológica. Secretaría De Salud. México, (2001).

- Plan Estatal De Desarrollo 2005 – 2011. Gobierno Del Estado De Hidalgo. México, (2005).
- Preguntas Y Respuestas Sobre CONAMED. Cuadernos De Divulgación. Comisión Nacional De Arbitraje Médico. México, (1998).
- Programa De Trabajo Del Departamento De Trabajo Social 2005. Hospital General De Pachuca, Hidalgo. México, (2005).
- Proyecto De Norma Oficial Mexicana (Nom.) Para El Funcionamiento De Hospitales Generales. Secretaría De Salud. México, (2000).
- Quinta Conferencia Mundial De Promoción De La Salud. Organización Panamericana De La Salud México, (2000).
- Resumen De Egresos Hospitalarios. Archivo Clínico Y Estadística. Hospital General De Pachuca. México, (2005).
- Retos Para Las Instituciones Encargadas De Prestar Servicios De Salud. Secretaría De Salud. México, (2002).
- Salud Mental. Centro De Investigación Y Estudios Médicos. Perú, (2004).
- Secretaria De Salud Subsecretaria De Regulación Y Fomento Sanitario. Dirección General De Regulación De Los Servicios De Salud Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación De Servicios De Atención Medica. México, (1986).
- Selección de la Muestra, Metodología de La Investigación. Hernández, Sampieri. Macgraw-Hill México, D. F., (2003).
- Sistematización de la Práctica con Grupos. Natalio Kisnerman, David Mústieles Muñoz. Colección Política, Servicios y Trabajo Social. Editorial Lumen-Hvmanitas. Argentina, (1997).
- Sociología... AZUARA PÉREZ, Leandro. México: Porrúa, (2002).
- Unidades Médicas Por Nivel De Atención. Secretaria De Salud. SSA, DGIED, Dirección General De Información Y Evaluación Del Desempeño. SISPA-Subsistema De Recursos. México, (2001).
- Tipos de Familia. Minuchin Salvador. Gedisa. Madrid, (1980).
- Trabajo Social. Colegio Oficial De Diplomados Y Diplomadas En Trabajo Social Y De Asistentes Sociales De Las Islas Baleares. España, (2002).

- Trabajo Social de Grupos. Contreras De Wilhem, Yolanda. Lamer. Argentina, (2000).

Páginas Web

- Abascal de Artón, Rosa Martha, (2005) No es posible redefinir el concepto de familia. En World Wide Web <http://www.iespana.es/revista-arbil/%2873%29rosa.htm>. Revista Abril no.73.
- Definición de trabajo social. Departamento de Trabajo Social, Universidad de Guadalajara, (2004). En World Wide Web. <http://fuentes.csh.udg.mx/divdep/deps/dtrabsoc.htm...>
- Departamento de Trabajo Social, Universidad de Guadalajara, (2004). En World Wide Web <http://fuentes.csh.udg.mx/divdep/deps/dtrabsoc.htm>
- El concepto de "institución". Miró, Pablo. (2005). En World Wide Web <http://www.eumed.net/cursecon/1/instconcepto.htm>.
- Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica. Montreal, Definición de Trabajo Social, (2000). <http://www.ts.ucr.ac.cr/decla-006.htm> def. T.S. Montreal.
- Factores Sociales y Culturales de la Conducta. Individuo Grupo Y Sociedad. (2002). En World Wide Web <http://www.fortunecity.com/campus/lawns/380/facsocculcon.htm>.
- Salud Integral. La Evolución de los Hospitales y su Relación con la Calidad de la Atención Médica, 2005. En World Wide Web <http://www.saludintegral.com.ar/archivos/profesionales/hospital/hospitales.htm>

A N E X O S

Anexos I

Tabla No. 1

Ingresos Hospitalarios de la Población Entrevistada					
Mes	1a. Vez	%	Subsecuente	%	Total
Enero	33	14%	6	3%	39
Febrero	30	13%	9	4%	39
Marzo	29	12%	10	4%	39
Abril	35	15%	4	2%	39
Mayo	31	13%	8	3%	39
Junio	27	12%	12	5%	39
Total	185	79%	49	21%	234

Tabla No. 2

Unidades Médicas que Refieren a la Población Entrevistada		
Referencia	Pacientes	%
Iniciativa familiar	68	29%
Hospitales de la Secretaría de Salud de Hidalgo	33	14%
Centros de Salud	27	12%
Médico particular	26	11%
Hospital General de Pachuca (programados en Consulta Externa)	24	10%
Cruz Roja	20	9%
IMSS Oportunidades	21	9%
Otros	15	6%
Total	234	100%

Tabla No. 3

Jurisdicción	Pacientes	%
I. Pachuca	88	50%
VII. Actopan	17	9%
XI. Apan	15	8%
II. Tulancingo	13	7%
VIII. Metztitlán	11	6%
III. Tula	9	5%
IX. Molango	9	5%
VI. Ixmiquilpan	8	4%
XII. Tizayuca	4	2%
X. Huejutla	3	2%
V. Zimapan	2	1%
XIII. Otomí-Tepehua	2	1%
Total	181	100%

Tabla No. 4

Diagnóstico Médico de la Población Entrevistada									
No. Progr	Diagnósticos Médicos	En ero	Fe rero	Ma rzo	Ab ril	Ma yo	Ju nio	Tota l	%
1	Enfermedades del Apéndice	8	5	6	3	7	10	39	16%
2	Traumatismo Intracraneal	4	6	6	8	6	6	36	15%
3	Colelitiasis y Colecistitis	5	5	5	9	4	6	34	14%
4	Otras Enfermedades de los Intestinos y del Peritoneo	7	6	3	4	5	2	27	12%
5	Traumatismo de Otros Órganos Internos	3	5	5	3	5	2	23	10%
6	Otros Tumores IN SITU Benignos y Tumores de Comportamiento Incierto y Desconocido	2	2	3	3	3	3	16	7%
7	Traumatismos de Regiones Especificadas, Heridas de Miembro Superior e Inferior	5	2	2	2	3	1	15	6%
8	Hernia Inguinal	1		2	3	2	3	11	5%
9	Otras Hernias	2	3	2	1	2	1	11	5%
10	Hemorragia Intracraneal	1	2	2	1	2	2	10	4%
11	Hiperplasia de la Próstata	0	2	2	1	0	1	6	3%
12	Diabetes Mellitus	1	1	1	1	0	2	6	3%
Total		39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 5

Caso Médico-Legal de la Población Entrevistada			
Enero	8	3%	
Febrero	12	5%	
Marzo	12	5%	I DETENIDO
Abril	13	6%	
Mayo	13	6%	
Junio	7	3%	
Total	65	28%	

Tabla No. 6

Seguridad Social de la Población Entrevistada		
Sin Seguridad Social	207	88%
Oportunidades	21	9%
Seguro Popular	4	2%
IMSS	2	1%
Total	234	100%

Tabla No. 7

Rangos d Edad de la Población Entrevistada, por década								
Edad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	May o	Juni o	Total	Porcentaje
16 a 20 años	0	6	5	6	7	5	29	12%
21 a 30 años	13	10	5	8	6	6	48	20%
31 a 40 años	2	5	5	5	8	9	34	15%
41 a 50 años	10	4	5	7	8	6	40	17%
51 a 60 años	5	5	8	5	6	4	33	14%
61 a 70 años	5	4	6	4	2	9	30	13%
71 a más años	4	5	5	4	2	0	20	9%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 8

Sexo de la Población Entrevistada					
Sexo	Femenino	%	Masculino	%	Total
Enero	15	6.41%	24	10.26%	39
Febrero	15	6.41%	24	10.26%	39
Marzo	15	6.41%	24	10.26%	39
Abril	17	7.26%	22	9.40%	39
Mayo	16	6.84%	23	9.83%	39
Junio	20	8.55%	19	8.12%	39
Total	98	41.88%	136	58.12%	234

Tabla No. 9

Estado Civil de la Población Entrevistada								
Estado Civil	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	Porcentaje
Casado	12	9	17	14	12	14	78	33%
Unión Libre	13	16	9	9	8	9	64	27%
Soltero	9	7	5	15	14	8	58	25%
Viudo	3	3	5	1	2	4	18	8%
Divorciado	2	4	2	0	2	4	14	6%
Separado	0	0	1	0	1	0	2	1%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 10

Escolaridad de la Población Entrevistada									
Escolaridad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%	
Primaria incompleta	12	10	16	14	12	9	73	31%	
Primaria completa	9	6	8	11	7	8	49	21%	
Sin estudios	5	10	8	4	7	9	43	18%	
Secundaria completa	9	6	5	0	5	8	33	14%	
Secundaria incompleta	2	3	0	2	6	1	14	6%	
Preparatoria completa	2	2	0	4	1	1	10	4%	
Preparatoria incompleta	0	1	0	3	0	2	6	3%	
Profesional incompleta	0	1	2	1	1	1	6	3%	
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%	

Tabla No. 11

Religión de la Población Entrevistada								
Religión	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Católica	31	30	33	31	29	35	189	81%
Creyente	5	5	5	5	6	1	27	12%
Evangelista	1	1	1	1	1	1	6	3%
Ninguna	0	1	0	1	1	1	4	2%
Testigo de Jehová	2	2	0	0	0	0	4	2%
Cristiana	0	0	0	0	1	1	2	1%
Pentecostés	0	0	0	1	1	0	2	1%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 12

Domicilio de la Población Entrevistada									
Por Entidad Federativa	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%	
Hidalgo	30	31	32	32	26	30	181	78%	
México	6	3	1	4	8	6	28	12%	
Puebla	1	4	4	1	4	2	16	7%	
Veracruz	1	0	2	2	0	0	5	2%	
Tlaxcala	1	0	0	0	1	1	3	1%	
San Luís Potosí	0	1	0	0	0	0	1	0%	
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%	

Tabla No. 13

Jurisdicción	Municipios	%
III. Tula	8 Municipios de la Jurisdicción Tula	17%
I. Pachuca	7 Municipios de la Jurisdicción Pachuca	15%
IX. Molango	6 Municipios de la Jurisdicción Molango	12%
VII. Actopan	6 Municipios de la Jurisdicción Actopan	12%
II. Tulancingo	5 Municipios de la Jurisdicción Tulancingo	10%
XI. Apan	5 Municipios de la Jurisdicción Apan	10%
VI. Ixmiquilpan	4 Municipios de la Jurisdicción Ixmiquilpan	8%
VIII. Metztlán	3 Municipios de la Jurisdicción Metztlán	6%
XIII. Otomí-Tepehua	2 Municipios de la Jurisdicción Otomí-Tepehua	4%
V. Zimapan	1 Municipios de la Jurisdicción Zimapan	2%
XII. Tizayuca	1 Municipios de la Jurisdicción Tizayuca	2%
X. Huejutla	1 Municipios de la Jurisdicción Huejutla	2%

Tesis: "Factores Socio-Económicos y Culturales que Determinan la Demanda de Atención Hospitalaria en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca"

Procedencia por Municipios del Estado de Hidalgo					
Municipio	Pacientes	Jurisdicción	Municipios	Población	%
Mineral del Chico	5	I	7	88	15%
Mineral del Monte	5	I			
Pachuca	56	I			
Atotonilco, el Grande	7	I			
Huasca	3	I			
Mineral de la Reforma	10	I			
Zapotlan de Juárez	2	I			
Acaxochitlán	1	II	5	13	10%
Agua Blanca	1	II			
Cuautepec	2	II			
Singuilucan	1	II			
Tulancingo	8	II			
Ajacuba	1	III	8	9	17%
Atotonilco de Tula	1	III			
Tepeji del Río	1	III			
Tepetitlan	1	III			
Tezontepec de Aldama	1	III			
Tlahuelilpan	2	III			
Tlaxcoapan	1	III			
Tula	1	III			
Calnali	2	IX	6	9	12%
Lolotla	2	IX			
Molango	1	IX			
Tianguistengo	1	IX			
Tlanchinol	1	IX			
Xochicoatlan	2	IX			
La Misión	2	V	1	2	2%
Cardonal	1	VI	4	8	8%
Ixmiquilpan	5	VI			
Nicolás Flores	1	VI			
Tasquillo	1	VI			
Actopan	5	VII	6	17	12%
El Arenal	2	VII			
Mixquiahuala	4	VII			
Francisco I Madero	1	VII			
San Agustín Tlaxiaca	4	VII			
San Salvador	1	VII			
Eloxochitlán	1	VIII			
Metztitlán	5	VIII			
Zacualtipan	5	VIII	3	11	6%
Huejutla	3	X	1	3	2%
Apan	3	XI	5	15	10%
Epazoyucan	4	XI			
Zempoala	3	XI			
Tepeapulco	4	XI			
Tlanalapa	1	XI			
Tizayuca	4	XII	1	4	2%
Huehuetla	1	XIII	2	2	4%
San Bartolo Tutotepec	1	XIII			
Total	181	12	49	181	100%

Tabla No. 14

Familiar o Responsable de la Población Entrevistada								
Familiar o Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Esposos	21	12	18	14	16	17	98	43%
Hermanos	6	7	10	4	7	4	38	16%
Hijos	5	4	3	6	6	9	33	14%
Padres	3	11	5	8	8	8	43	18%
Otros	4	5	3	7	2	1	22	9%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 15

Grupo Familiar de la Población Entrevistada								
Grupo Familiar	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
4 a 6 Integrantes	22	15	14	14	17	19	101	43%
1 a 3 Integrantes	9	17	18	15	14	13	86	37%
7 a 9 Integrantes	8	4	7	10	7	4	40	17%
10 o más Integrantes	0	3	0	0	1	3	7	3%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No.16

Tipo de Familia de la Población Entrevistada								
Familias	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Nuclear	14	18	21	19	15	17	104	44%
Extensiva	18	13	10	10	12	16	79	34%
De un Solo Padre	5	8	5	9	7	3	37	16%
Reconstruida	2	0	3	1	5	3	14	6%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 17

Régimen de Propiedad de la Población Entrevistada								
Vivienda	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Propia	22	21	26	19	19	24	131	56%
Prestada	10	11	9	12	9	6	57	24%
Rentada	7	7	4	8	11	9	46	20%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 18

Tipo de Vivienda de la Población Entrevistada								
Tipo de Vivienda	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Vecindad o Cuartos Improvisados	30	24	30	12	27	34	157	67%
Jacal o Choza	8	12	9	23	12	4	68	29%
Sin Vivienda	1	3	0	3	0	0	7	3%
Casa o Departamento Popular	0	0	0	1	0	0	1	0%
Casa o Departamento Residencial	0	0	0	0	0	1	1	0%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 19

Número de dormitorios	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Vivienda con 2 Dormitorios	13	11	14	24	12	10	84	36%
Vivienda con un Dormitorios	16	13	19	9	14	12	83	35%
Vivienda con 3 Dormitorios	4	7	4	2	7	14	38	16%
Vivienda de un Cuarto	4	8	1	1	5	2	21	9%
Vivienda con 4 o mas Dormitorios	2	0	1	3	1	1	8	3%

Tabla No. 20

Ocupación de la Población Entrevistada								
Ocupación	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Obreros	29	32	23	16	34	32	166	72%
Empleados	4	1	4	19	0	5	33	14%
Desempleados	2	2	6	1	4	2	17	7%
Subempleados	4	4	6	2	1		17	7%
Técnicos		0	0	1	0	0	1	0%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 21

Ingreso Familiar (promedio mensual) de la Población Entrevistada					
Cantidad			Mes		Promedio
De	\$400.00	a	\$5,600.00	Enero	\$3,000.00
De	\$0.00	a	\$4,480.00	Febrero	\$2,240.00
De	\$0.00	a	\$6,200.00	Marzo	\$3,100.00
De	\$0.00	a	\$5,600.00	Abril	\$2,800.00
De	\$0.00	a	\$8,200.00	Mayo	\$4,100.00
De	\$400.00	a	\$6,400.00	Junio	\$3,400.00

Tabla No. 22

Egreso Familiar (promedio mensual) de la población entrevistada					
Cantidad			Mes	Promedio	
De	\$400.00	a	\$5,600.00	Enero	\$3,000.00
De	\$150.00	a	\$4,480.00	Febrero	\$2,315.00
De	\$0.00	a	\$6,200.00	Marzo	\$3,100.00
De	\$1,080.00	a	\$5,700.00	Abril	\$3,390.00
De	\$446.00	a	\$8,200.00	Mayo	\$4,323.00
De	\$400.00	a	\$6,400.00	Junio	\$3,400.00

Tabla No 23

Número de Salarios Mínimos de la Población Entrevistada								
Número de Salarios	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Menos del Salario Mínimo	11	14	17	3	8	5	58	25%
Más del Salario Mínimo	8	8	5	10	14	6	51	22%
Salario Mínimo	6	5	2	21	4	5	43	18%
2-3 Veces el Salario Mínimo	9	6	7	2	5	11	40	17%
4-5 Veces el Salario Mínimo	4	4	3	2	5	11	29	12%
Sin Salario	1	2	5	1	3	1	13	6%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 24

Situación Económica de la Población Entrevistada								
Situación económica	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Equilibrio	29	32	28	15	36	35	175	75%
Déficit	6	6	7	22	2	4	47	20%
Solvente	4	1	3	1	1	0	10	4%
Indigencia	0	0	1	1	0	0	2	1%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Tabla No. 25

Nivel Socio - Económico de la Población Entrevistada								
Nivel Socio - Económico	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
4	21	19	19	23	22	31	135	58%
3	15	12	15	12	15	6	75	32%
2	2	7	5	2	2	1	19	8%
5	1	1	0	1	0	1	4	2%
Exento	0	0	0	1	0	0	1	0%
1	0	0	0	0	0	0	0	0%
Total	39	39	39	39	39	39	234	100%

Fuente: Entrevistas a población hospitalizada en el servicio de Cirugía del Hospital General Pachuca. Período Enero – Junio 2005

ANEXO II

HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

CÉDULA SOCIO-ECONÓMICA

I.

FECHA _____ No. de expediente _____ Servicio: _____
 Ingreso hospitalario por primera vez _____ subsecuente _____
 Referencia: _____
 Derechohabiente: IMSS () ISSSTE () SEGURO POPULAR () Otro _____
 Diagnostico medico: _____
 Situación legal: _____

II.

Nombre: _____
 Edad: _____ sexo: _____ Estado civil: soltero () casado () viudo ()
 divorciado () unión libre ()
 Escolaridad: _____ incompleta () completa ()
 Domicilio: _____
 Nombre del responsable: _____
 Parentesco: _____

Grupo familiar	Calif.	Régimen de propiedad de la vivienda
10 o más integrantes	0	Propia
7 a 9 integrantes	1	Rentada
4 a 6 integrantes	2	Prestada
1 a 3 integrantes	3	

Tipo de vivienda	Calif.	No. de dormitorios	Calificación
Sin vivienda		Vivienda de un cuarto	
Jacala/ choza		Vivienda con 1 dormitorio	
Vecindad/cuartos improvisados		Vivienda con 2 dormitorios	
Casa/ departamento popular		Vivienda con 3 dormitorios	
Casa / departamento residencial		Vivienda con 4 y más dormitorios	

III.

Ocupación	Calif.	Salario	Calificación
Desempleados	0	Sin salario	0
Subempleados	1	Menos del salario mínimo	1
Obreros	2	Salario mínimo	2
Empleados	3	Más del salario mínimo	3
Técnicos	4	2 a 3 veces el salario mínimo	4
Profesionistas, empresarios y ejecutivos	5	4 a 5 veces el salario mínimo	5

Ingreso familiar		Egreso familiar	
Jefe de familia	\$	Alimentación	\$
Esposo (a)	\$	Renta o predio	\$
Hijo (a)	\$	Agua	\$
Otros	\$	Luz	\$
	\$	Combustible	\$
	\$	Transporte	\$
	\$	Educación	\$
	\$	Consumos adicionales	\$
Total	\$	Total	\$

Situación económica	Calif.	Nivel socio-económico	Puntos
Indigencia		Suma de calificaciones	
Déficit		Grupo familiar	
Equilibrio		Tipo de vivienda	
Solvente		No. de dormitorios	
Excedente		Ocupación	
		Salario	
		Ingreso familiar	
		Egreso familiar	
		Situación económica	
		Total	

Escala de calificaciones

0 – 3	4 – 6	7 – 9	10 – 12	13 – 17	18 – 21	22 – 25
Exento	1	2	3	4	5	6

Diagnóstico social.

Nombre y firma de la Trabajador Social

TRES DE TRECE HISTORIAS DE VIDA

Anexo III

No. 1.

Historia de Vida.

Cama: 408

Nombre: Sr. José Rojas Martínez

Edad: 69 años

Estado civil: Casado

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Afilador

Fecha de nacimiento: 13-01-1936

Lugar de nacimiento: México, D.F

Lugar de residencia: Pachuca, Hidalgo

Años de residencia: 20 años

Familiar responsable: Bertha Moreno Mociños

Parentesco: esposa

Fecha de Ingreso: enero 2005

Fecha de egreso: enero 2005

Diagnóstico médico: POP Hernia inguinal, Colecistitis

Procedimiento: Colectectomía

Seguridad Social: Seguro Popular

Referencia: Clínica Hospital ISSSTE, Pachuca.

Inicio de sesiones

En el área de hospitalización del servicio de Cirugía del Hospital General de Pachuca, Hgo., se observa un gran movimiento de personal médico y de enfermería que atienden a todos los pacientes post-operados y los que se encuentran en observación, vigilancia y tratamiento. Es invaluable el apoyo de familiares responsables que se quedan de manera permanente en el servicio, para asistir a sus familiares en su aseo personal, en su alimentación, compra de medicamentos, apoyo moral y económico, etc.

Desarrollo de la sesión.

Se da inicio con la presentación del entrevistador, explicando el motivo de la entrevista y a la vez se solicita la participación en la investigación a lo cual José, accede sin presión alguna.

A pesar de que el ambiente no es totalmente favorable por el estado de salud del paciente, estar cerca de otros pacientes, el constante transito del personal lo que causó algunas interrupciones, siempre

hubo la disponibilidad del señor José Rojas Rosas. Por lo tanto esta entrevista se lleva a cabo en la sala No. 3, cama 408, donde se encuentra hospitalizado a cargo del servicio de Cirugía.

Soy José Rojas Rosas, de 69 años de edad, vivo en la ciudad de Pachuca, desde hace aproximadamente 20 años, soy originario de México, llegué a vivir con mi hija Elisa, en esta ciudad, mi mujer se quedó a vivir al cuidado de mis hijos menores durante 15 años en México, yo solo le llevaba el gasto, pero desde hace 5 años mi esposa se vino a vivir aquí porque todos los hijos ya se casaron, mi padre llegó a México proveniente de la ciudad de Oaxaca y mi madre fue traída de Tampico, Tamaulipas en 1930, a la ciudad de México, huyendo de la revolución.

Acerca de su enfermedad.

Yo no he sido una persona enfermiza, pienso que me enfermé porque comí un mole rojo, lo que me produjo un gran dolor, por lo que:

Cómo se atendió

Fui llevado al ISSSTE de emergencia, donde me operaron de una hernia inguinal el día miércoles, la hernia la tenía en un testículo y no me dejaba hacer del baño, pero me operaron de emergencia y aquí estoy, me estaba recuperando pronto, por eso me dieron de alta al día siguiente el jueves de ser operado, ese mismo día llegué a casa.

Dijo mi nieto el sábado a mi mujer que yo tenía los ojos amarillos, pero pensaban que era por la medicina que estaba tomando, al siguiente día notó que su piel también se ponía amarilla le di aviso a mi hija Elisa y ella comentó que era por el reflejo de la luz del foco y fue hasta el día lunes cuando me di cuenta que ya estaba totalmente amarillo por lo que le hablé a mi hija y así fue como me trasladaron de nuevo al ISSSTE, pero como no estoy afiliado me trasladaron a este hospital, porque hemos comprado el Seguro Popular.

Antes de ser operado en el ISSSTE, tuve mucho dolor por 3 días y me atendí en una farmacia de similares, donde me dieron unas pastillas pero no me curaron, porque el dolor seguía más fuerte.

Qué representa su enfermedad

A mis 69 años la enfermedad representa en mí, muchos problemas porque si no trabajo no comemos, tengo que trabajar como afilador para mantener a mi esposa y pagar \$700.00 de renta, ya que nunca pude tener una casa propia por mantener a mi familia, la zona donde actualmente vivo es muy tranquila, tenemos todos los servicios aunque este un poco alejada del centro de la ciudad Además compré el Seguro Popular, porque mi hija que vive en esta ciudad trabaja en el ISSSTE, mi hija no me puede asegurar porque es eventual, pero a pesar de tener éste seguro mi familia ha tenido que gastar desde la consulta cuando llegué a urgencias, hemos comprado medicamentos caros, a pesar que

“Fox” dice que con el Seguro Popular, no gastas nada. Lo que me preocupa porque ahora no puedo trabajar y tampoco quiero preocupar a mis hijos que no se encuentran aquí, a pesar de ello ya algunos han venido a visitarme al hospital.

Siguiente sesión .

Pero ahora me han dicho que de nuevo estoy programado para otra cirugía el lunes próximo por tener un diamante en la vesícula (trataba de ser optimista). Comenta, mi enfermedad me ha modificado mi dieta, espero recuperarme para comer 7 filetes, me gusta mucho la carne. Y otra cosa yo de broma les digo “toma coca cola y vivirás 100 años” y que cree tendré que modificar mi slogan por “no tomes coca cola para que vivas 100 años”. Con mucha resignación dice ya que, pues tendré que operarme de nuevo ni modo. (Cierra los ojos y se resigna)

Primera vez que se enfermó

Yo como casi no me enfermo, cuando me empieza a dar gripa que es muy rara vez, le pido a mi esposa un té y me lo tomo con una aspirina, me acuesto a dormir y descansar, al siguiente día me levanto muy temprano, me baño, me visto, desayuno y salgo a trabajar, a un tallercito que tengo en el mercado Primero de Mayo como afilador. Otra hierba que tomo cuando enfermo del estómago es la tapacola, que se prepara en té y es muy efectivo corta de inmediato la diarrea. (automedicación)

Medicina alternativa

Ninguna.- a pesar de que dice que ingiere te con hierbas que son muy efectivas para algunos padecimientos.

Cómo lo diagnosticaron la enfermedad los médicos

Al llegar a los hospitales los médicos me han hecho muchos estudios, pero más aquí en este hospital, porque me mandaron hasta la ciudad de México a que me hicieran otro estudio para saber porque estoy amarillo.

Experiencia con los médicos.

Tengo muy buena experiencia de los médicos desde hace 30 años que fue la primera vez que estuve en un hospital, he corrido con buena suerte he encontrado buenos médicos y buenas enfermeras. Ahora que he tenido complicaciones los doctores me han informado de mi enfermedad porque el dolor me dio muy fuerte, me he dejado operar ya 2 veces.

Hace 30 años igual que ahora me puse enfermo de momento asistí al hospital de Atzacapotzalco, México y de urgencia me operaron de una hernia inguinal del lado contrario a esta, porque tuve una bola durante tres años como nunca me molestó no me atendí hasta que me dio el dolor.

Piensa qué se puede curar.

Pienso que mi enfermedad puede curarse solo que el médico me recete medicina para quitar lo amarillo porque ya quiero ir a casa.

Nacimiento, adolescencia, adultez, matrimonio, defunción.

Mis recuerdos de la infancia no son tan gratos más bien son desagradables, nací en la Delegación 9 de Tacuba México, el 13 de enero de 1936, el próximo año con mucho orgullo cumpliré 70, fíjese que quedé huérfano de madre a los tres años de edad, mi mamá murió de un infarto a los 33 años de edad, fuimos 3 hermanos de los cuales 2 murieron, yo soy el más pequeño, ella hacía las labores del hogar, mi padre recuerdo que había sido soldado alcanzando el grado de sargento, después, se dedicó a trabajar dando grasa, el siempre me trató mal, a patadas y golpes. Años después mi papá formó otra pareja con Natalia Reyes Hernández, a quien recuerdo con mucho cariño por su buen trato, ella me defendía de los golpes de mi papá y por eso también recibía malos tratos de mi padre, aun vive.

Al morir mi mamá viví con mi abuela quien me encerraba para que mi padre no me llevara, porque con él vivía en un kiosco frente a una iglesia, no teníamos casa, nos cubríamos con cartones, mi papá tomaba mucho, yo no seguí estudiando por tonto, solo estudié hasta la primaria, a la edad de 6 y 7 años también al igual que mi padre ya era todo un bolero. De la segunda pareja de mi padre tengo 3 hermanos Pedro, María y Josefa, mi madrastra vive en el estado de México, poco los frecuento por falta de recursos económicos. Mi padre murió de alcoholismo, creo que Dios ya lo perdonó.

Mi recuerdo de juventud, no es tan bueno porque tuve muchos errores, empecé a tomar y fumar a temprana edad, eso si nunca probé la marihuana que en ese entonces hasta me regalaban cigarrillos y se los daba a mis amigos que si la consumían y que por esos vicios terminaron mal, desde joven me gusta jugar fútbol, hasta pertenezco a un equipo de segunda división, en Martínez de la Torre, Veracruz, en el 62 nos llevaron a jugar a Guatemala, donde me invitaban a quedarme a vivir allí, pero no me gustó porque en ese entonces había mucha discriminación, nos mentaban la madre, nos escupían, recibíamos los mexicanos muchas ofensas, además yo ya estaba casado y decidí regresar a casa. Ahora pertenezco a la liga de veteranos fundada hace 69 años cuando yo nací, me reúno con el equipo cada año en octubre para ser exacto, siempre festejamos el 12 de octubre, pero en este año se cambió la fecha para el día 16 de octubre, ya solo quedamos 8, con gusto recuerdo que algunos de mis compañeros de equipo que han pertenecido a grandes equipos como el Necaxa y América, entre otros. Uno de ellos Roberto Martínez, fue quien metió el primer gol en el estadio México, otros que recuerdo Alfredo Romo “El Caballo”, Alejandro Alvarado.

Poco tiempo de conocer a quien es mi esposa Martha Moreno Mociños, actualmente tiene 64 años, cuando ella tenía 17 y yo 21 les dije a mis amigos que me iba a casar bueno a juntar con ella y ellos me dijeron haber cuanto aguantas, y hasta la fecha vivo con ella, me tocó una buena mujer es decir

¡una gran mujer!, gracias a ella yo cambie, lo que me hizo madurar mas fue cuando, me descubrí mis primeras canas, mi mujer me ha ayudado mucho, tuvimos 9 hijos de los cuales 8 viven 3 hombres y 6 mujeres, mi otro hijo fue asesinado en México, a los 24 años de edad, el no era malo pero lo mataron. Hoy todos mis hijos son casados, Mónica vive en Córdoba, Ver. , Cristina, vive en Tlaxcala, Elisa, vive en Pachuca, Roció, Ernesto y Alejandra viven en México, Martha e Iván, viven en Lagos de Guadalupe, México, a mis hijos no los he maltratado como lo hicieron conmigo, porque ¿qué padres quieren maltratar a sus hijos?, tengo 26 nietos y 7 bisnietos. Mis bodas de Plata las hicimos en la iglesia de Chalma, y las de oro las vamos a festejar aquí el próximo año 2006 en agosto.

Formas de subsistencia.

Después de ser bolero, en mi juventud, trabajé como ayudante de un contador, gane dinero como futbolista me pagaban bien, después aprendí el oficio de afilador desde hace 43 años llegando a ganar hasta \$500.00 por día lo que me permitió mantener a tantos hijos y darles los estudios dentro de mis posibilidades "antes el dinero si alcanzaba" y actualmente solo me gano de \$100.00 A \$150.00 por día, porque tengo la necesidad de pagar renta y mantener a mi mujer, vivimos mi esposa, mi nieto Ernesto de 14 años que va a la secundaria y yo.

Costumbres y tradiciones.

A pesar que mis hijos me ayudan y no nos dejan solos me llevo bien con mis hijos, con mis yernos, mis nueras, mis nietos y bisnietos se reúnen con nosotros todos cada año en diciembre "todos han salido buenos y responsables", Con orgullo dice, una de mis hijas es cirujano dentista, cuando ella se casó ayudó a que mi yerno terminara la carrera de ingeniero mecánico y cuando él terminó cu carrera, hizo lo mismo, él la ayudó a terminar su carrera, lo que mucho me satisface. Dice "las familias se desintegran", "mi familia se reúne".

Entrevista con familiares

Se entrevista a la hija Elisa, quien refiere que aproximadamente hace un año su papá fue valorado por médicos del ISSSTE, es cuando le encontraron esta hernia y todos pensaron que podía esperar y como tambien su hermano Ernesto tenia un problema en el corazón decidieron que primero el fuera operado en la ciudad de México, con esta operación ya son 2 cirugías de corazón que le efectúan en el Instituto Nacional de Cardiología en enero y junio de este año y jamás pensaron que don José, pudiera complicarse así de momento. Decisión que consideraron por la experiencia de que en la familia, la mamá y 2 hermanas han sido operadas de la vesícula sin mayor complicación.

Se entrevista a la esposa. la señora Martha, quien comenta estar preocupada por la salud de don José, en virtud de que no sabía que aparte de la hernia que recién le operaron en el ISSSTE, tendría problemas en la vesícula, motivo por el cual se puso de color amarillo, y ahora lo tendrán que operar de nuevo el próximo lunes, a lo que don José, responde, ya ni modo tendré que aguantar otra cirugía,

por tal razón no lo puedo dejar solo porque aunque sus hijas vengán a visitarlo y se queden a cuidarlo, él quiere que yo esté aquí con él, que no me separe, es una persona necia siempre ha sido ordenado y cumplido, se levanta muy temprano, se baña, desayuna y sale a trabajar muy puntual, pero ahora si tendrá que cuidar más. Después de la Cirugía de vesícula al entrevistar a doña Martha, dice muy preocupada hoy por la mañana se puso muy mal mi esposo pensamos que se moría.

Al entrevistar a enfermeras y médicos sobre la salud de don José, contestaban con preocupación haber si se salva, ¡está grave!.

Siguiente sesión

Al continuar con las sesiones orgullosamente don José, presenta a otras dos de sus hijas que vinieron a apoyarle, se siente confortado con su presencia, ellas demuestran preocupación por la salud de su papá, y lamentan no poder trasladarlo a otro hospital, ya que a pesar de tener el Seguro Popular, muchos de los medicamentos los están comprando con recursos propios, porque lo que más interesa es que su recuperación.

Observaciones del entrevistador.

La experiencia de llevar a cabo esta técnica y durante todo el desarrollo de la historia de vida, y a pesar de los años de experiencia el estar cara a cara con el entrevistado, con los familiares más cercanos, con personal de enfermería y personal médico, pude observar las expresiones, las tonalidades de la voz, la expresión de sus emociones, los recuerdos gratos y los no gratos, que tanto significa su vida, de que tan valioso es estar sano y todo lo que implica estar enfermo y sobre todo hospitalizado, donde todas las expectativas de vida giran en razón a la enfermedad, sin perder las posibilidades de recuperarse y seguir siendo la persona de antes. Tanto don “Pepe” como le dice su esposa, doña Martha y los hijos están contentos de que se haya recuperado porque reiteran ya ve usted ¿cómo estuvo de grave? y gracias a Dios se está recuperando.

Don José es dado de alta por mejoría el mes de enero del 2005, logrando que el Seguro Popular absorbiera los gastos que ascendían a \$10,102.50, por concepto de atención médica quirúrgica en el servicio, de donde logró egresar a pesar de todas las complicaciones durante su proceso de recuperación. Para ello habló con la Trabajadora Social y la Doctora responsable de la coordinación del Seguro Popular, para que no le cobraran dicha cuota ya que para su tratamiento gastaron en medicamentos y estudios un promedio de \$5,000.

Historia de Vida.

Cama: 419

Nombre: Sra. Marta López Salazar

Edad: 43 años

Estado civil: Viuda

Escolaridad: Primaria incompleta

Ocupación: Ama de casa

Fecha de nacimiento: 22-10-1962

Lugar de nacimiento: Huaxtho, Actopan, Hgo.

Lugar de residencia: Boxtha, Actopan.

Años de residencia: 20 años

Familiar responsable: Guadalupe Duran Gaspar

Parentesco: Hija

Fecha de Ingreso: Enero 2005

Fecha de egreso: Enero 2005

Diagnóstico médico: T.C.E. Traumatismo Craneoencefalico G- 3, Fx. Temporal Derecho, Diabetes Mellitus

Procedimiento: Hospitalización (caída de la azotea de su casa)

Seguridad Social: Seguro popular

Referencia: Hospital General Actopan, Hgo. (antes fue atendida con médico particular)

Esta historia de vida se desarrolla en diferentes sesiones en la sala de hospitalización del área de mujeres en la cama 419 del servicio de Cirugía en el 4º. piso, para ello fue necesario presentarse con Marta y su hija Guadalupe, explicar el motivo de las visitas, aceptando de buen modo participar en la investigación.

Desarrollo de las sesiones.

Se llevaron a cabo en un ambiente de cordialidad ya que esta técnica permitió a Marta olvidarse por momentos de su malestar general.

Acerca de su enfermedad y cómo la define.

Comienza diciendo yo, solo recuerdo que estaba en mi casa y me caí de la escalera hacia abajo cuando subí por un plástico para tapar donde el albañil estaba poniendo un piso de la casa, para que no se mojara por que estaba lloviendo, como traía lodo mi zapato me resbalé, no supe más hasta que desperté en la cama del Hospital. Recuerdo que en la casa estaba con mi mamá Gabina Salazar, de 76 años y el albañil, esto me pasó por el descuido.

Cómo se atendió.

Me han contado mis familiares que pidieron ayuda a los vecinos y uno me trasladó en su carro y me llevaron primero con un médico de Actopan, como estaba grave, no quiso hacerse responsable, me mandó al Hospital de Actopan, y después del hospital me trajo la ambulancia a éste hospital, me acompañó mi hermana Teresa, dice que llegamos como a una de la tarde. Me duele mucho el cuerpo pero más mi cabeza.

Que representa su enfermedad

Yo quisiera ya estar bien ya me quiero ir a mi casa, porque mi hijo Armando, llegó de Estados Unidos y está muy flaco le quiero dar de comer. No sé que me pasó, pero ya no quiero sufrir.

Inicio de su enfermedad

Pienso que me enfermé desde cuando me dio la Diabetes, hace dos años aproximadamente.

Experiencia con los médicos

Mi experiencia con los médicos creo que es buena, porque me atienden bien, el médico Alfredo, es el que me atiende la Diabetes, el ha sido siempre mi doctor, me cita cada mes, me da medicina. Pero a mi esposo no lo curaron, el estuvo internado hasta en un hospital de México, tardó enfermo y se murió, creo que de tuberculosis o del riñón porque se hinchó, no me explicaron su enfermedad. Mi hijo el menor cuando era niño se enfermó del pajarito (pene) y los doctores de mi pueblo decían que ya no se iba a curar, también los médicos de Pachuca me decían lo mismo. Aquí veo que la atención es buena me han atendido bien.

Uso de medicina alternativa

En esta ocasión no la he usado porque fue una emergencia. Sólo cuando mi niño se enfermó hace muchos años, me recomendaron un curandero que vino al rancho, lo trajo una sobrina de México, y él me dijo que el niño estaba enfermo porque a mí me habían hecho maldad porque la familia de mi marido no me quería y que también mi marido se había muerto de lo mismo de una mala enfermedad. Solo que para curar a mi hijo ese señor me dijo que tenía que meterme con él para que mi hijo se curara y por eso me vi obligada a hacerlo, y luego resulte embarazada por eso nació mi última hija, y jamás supe de él, porque se fue del pueblo. Pero doy gracias a Dios porque "gracias a ello se curó mi hijo". vive aún.

Cómo diagnosticaron su enfermedad los médicos.

Me han sacado sangre, dicen mis familiares, que me hicieron rayos x, y una tomografía. Me están poniendo mucha medicina.

Cómo diagnosticaron los curanderos.

Con limpias y brebajes, a mi niño enfermo el curandero primero le dio a tomar un liquido y luego lo hizo hacer del baño sobre un vaso y saco un gusano. A mi tambien me hizo limpias porque la enfermedad mala la habían hecho para mi, pero como mi hijito estaba chico se le pasó a él, pero eso sí, se alivió, vive aún, un médico internista de Pachuca, me dijo que el niño ya no se iba a curar.

Piensa qué se va a curar.

Pienso que sí quiero porque llevo mi hijo del otro lado (indocumentado, trabaja en el extranjero) y viene muy delgado y le quiero dar de comer porque antes estuve inconciente, ahora ya hablo, aunque me duele todo, ya estoy mejor, quisiera irme a mi casa.

Características de su pueblo

Marta, dice, mi pueblo es feo, se llama Manzana 2, Boxtha, Municipio de Actopan, no me gusta porque la gente es mala.

Lengua que hablan

Toda la gente habla español pero es conflictiva.

Costumbres y tradiciones

En mi pueblo se festejan varias fiestas, nosotros cooperamos para las fiestas del 12 de diciembre a la Virgen de Guadalupe, la más próxima es la de Muertos, soy católica.

Medio ambiente y formas de subsistencia

El medio ambiente no me gusta, por como es la gente, que la mayoría trabaja en el campo, otros ayudan en la albañilería. Actualmente ya tengo casa porque mi hermano Rutilio me regaló un terreno, mis hijos están construyendo mi casa, que para mí es grande, me gusta tener animales, borregos, pollos, plantas, pero no me gusta porque vivo solita con mi hija, vivo en la orilla del pueblo, tengo todos los servicios.

Desde hace 4 años he dejado de trabajar porque mis hijos me mandan dinero, quisiera irme con ellos a donde viven en el extranjero, uno me manda para el doctor, otro me manda pa (para) comer y pa(para) mi hija que va a la secundaria, otro pa(para) las medicinas.

Nacimiento, adolescencia, adultez, matrimonio, defunción.

Nací en el Boxtha, el día 22 de octubre de 1962, es un pueblo de Actopan, soy viuda y católica, ya no trabajo, solo en mi casa, mis hermanos son Maricela, Rutilio, Sebastián que murió de 17 años, Eliseo y yo, los quiero mucho. Porque me acuerdo que cuando éramos chicos mi mamá nos abandonó por eso mi niñez es fea, pienso que mi madre no nos quería y por eso nos dejó, se fue con otro hombre, mi papá ya había muerto. Me duele mucho porque yo tenia como 2 años y mi hermano menor 6

meses, mi tía Epifanía hermana de mi papá nos recogió, ella nos crió, no tuvo hijos, nosotros fuimos como sus hijos, éramos muy pobres, con pulque nos crió, cuando comíamos nos daba un vasito con pulque a mi no me gustaba, compraban 6 litros diarios, nos quiso mucho mi tía, pero cuando hacíamos travesuras nos pegaba, lo que más me dolió fue cuando le pegó fuerte a mi hermano, y yo por eso me escape de la casa, me fui al monte y me llevé a los borregos que cuidaba, eran como 50, yo abracé al más chiquito y me acosté bajo un puente, luego mi tía me buscó y me encontró y me dijo que no hiciera eso, que si me quería y que me regresara a la casa con ella, porque ya era de noche, otra ocasión me mandó a recoger huevos del nido de la gallina en el monte, como había cercado con cardos, y espinas, me caí sobre ellas, me lastimé mucho, ella no había visto que yo tomé mucho pulque “estaba borracha”, se me pegaron las espinas, me llevaron con el doctor, también nos mandaba a la escuela, pero no termine la primaria. Mía tía Epifanía fue como nuestra mamá, tenia diabetes, le picó un gusano en el dedo de un pie y le dio gangrena no se quiso atender de eso murió como hace 8 años. Mi mamá vivía con su otro señor tuvo más hijos, Dolores, Teresa, Morena, Filiberto, Julián y José Luís, cuando yo tenia como 12 años me llevó con ella, para que le ayudara a criar a mis hermanos, su marido tenia otra mujer, mi mamá se emborrachaba. Mi papá Sebastián, se murió a los 32 años, cuando lo operó un doctor aprendiz.

A los 15 años me robó mi marido, el tenia 18 años, me llevó a la fuerza a la casa de sus padres donde viví con él, hasta que murió, los doctores de México donde estuvo internado dijeron que estaba enfermo de los riñones, solo me acuerdo que se hinchó de todo el cuerpo, yo pienso que porque trabajaba mucho, después me dijeron que el se había muerto de una mala enfermedad. Yo siempre he pensado que mis suegros y los hermanos de mi marido nunca me han querido. Tuvimos 3 hijos y 3 hijas, Guadalupe de 29, (casada) al principio se fue con el novio después se casaron, tiene 3 hijos, son mis nietos, mi hijo Armando de 26 es soltero, él desde los 15 se fue a trabajar al extranjero, mi hijo Enrique de 24, casado (2hijos), trabaja en el extranjero, Israel de 20, soltero, trabaja en el extranjero, María del Carmen de 17 (hace 2 meses se la robo un ex-novio), y Jessica de 13 estudia la tele secundaria, (ella es hija del curandero). Después que mi marido se murió hace 16 años, mi hija menor tenía 4 meses. Mis suegros entonces me corrieron de la casa, mi hija mayor se fue a vivir con una tía, vivimos con mi mamá un tiempo y después tuve que ir a trabajar en casa en Actopan, rentaba y mantenía a mis hijos menores. Mis hermanos no quieren a mi mamá porque nos abandonó. Yo la tengo casi siempre en mi casa porque es grandota, tiene un cuarto la sala, mi cocina y otro espacio, vivimos ella y yo vivimos muy cerca, porque cuando quedé viuda ella me aceptó un tiempo en su casa, pero por celos con su marido, después me corrió, decía que su marido iba a la casa por ir a verme a mí y no a ella, pero ahora ya está grande, ya murió ese hombre y por eso convive conmigo, yo no odio a mi mamá, y por eso mi hermano Rutilio se enoja conmigo.

Insiste ya quiero curarme para irme a mi casa, extraño los quelites, los frijoles aquí no me han dado comida todavía (le dan dieta líquida), me cuidan mis hijos en el hospital, hasta mis cuñadas que no me quieren me han venido a visitar.

Tengo el Seguro Popular pero poco nos ayuda, mis hijos han gastado mucho dinero para comprar las medicinas que les piden en el hospital, me van a hacer una tomografía, no me van a operar, dicen los doctores que pasan a revisarme todos los días, ya me siento mejor, me duele menos la cabeza, por el golpe que me di.

Me da gusto que mis hijos me cuiden, por la noche se queda conmigo Guadalupe, es la mayor, en el día me acompaña María del Carmen, a quien le digo que aunque ya vive con el muchacho que se la robó, yo le digo que si no se quiere casar que no se case, porque si no le va bien se puede arrepentir, mi hijo Armando vino de tan lejos cuando le avisaron lo que me pasó. Yo a todos mis hijos quiero, porque yo si sufrí mucho de chica, con mi marido estuve bien fue muy trabajador en el campo no nos faltó nada.

Entrevista con los familiares

Al entrevistar a la hija Guadalupe Duran López, comenta que da gracias a que los vecinos y a su tía que llevaron a su mamá de inmediato para que la atendieran primero con un médico particular, pero como vio difícil el caso la mando al Hospital de Actopan y de ahí luego la trasladaron éste Hospital, donde si les confirmaron la gravedad del caso pero gracias a Dios no paso a mayores porque si la caída fue de lo alto de la azotea de su casa que esto les ha hecho gastar mucho, pero que entre los hermanos que pueden se están cooperando, han pedido dinero prestado pero están contentas porque su mamá estuvo muy grave y ve que si se ha mejorado, le dolía mucho la cabeza por el golpe, pero ya le tomaron una tomografía y el doctor les dijo que no será necesaria la operación, dice Guadalupe, yo me he quedado todos los días con mi mamá sobre todo en las noches y mis hijos se quedan con mi esposo, el también nos ayuda.

Se entrevista a María del Carmen, que es la hija de 17 años, comenta que ella no vio cuando su mamá se accidentó porque ya vive aparte hace unos meses con engaños se la raptó un ex-novio, en la misma comunidad donde vivía con su mamá, pero que ella viene a visitarla todos los días la cuida durante el día y su hermana por las noches, refiere estar preocupada por su mamá, a pesar de que algunos comentarios que platica su mamá le parecen chuscos y las hacen reír.

Las hijas han estado presentes en algunas sesiones de la entrevista con Marta, atentas a la conversación de la mamá, lo que no inhibió a la entrevistada a pesar de que algunas cosas de su vida ellas las ignoraban. Marta participó con mucha disposición a pesar que los primeros días aún

manifestaba mayor dolor de cabeza y de todo el cuerpo, siempre con el deseo de poder ser dada de alta para irse a su casa, ver a su mamá que dice estuvo presente en el momento de la caída, se espantó mucho y como ya es grande de edad y enferma, no la ha venido a visitar, además está contenta porque su hijo Armando, que trabaja en el extranjero, después que le avisaron de su incidente vino de inmediato a verla y quiere estar en su casa para atenderlo porque lo ve muy delgado.

Observaciones del entrevistador

Marta, con una voz débil por su estado de salud, colabora en el desarrollo de las sesiones, ha sido muy participativa, se observa que en el momento de platicar las etapas de su enfermedad y en el desarrollo de las etapas de su vida le vienen a la memoria recuerdos gratos y otros no muy agradables pero que la mantienen sin dolor, ese dolor que era persistente en la cabeza región donde recibió el golpe mas fuerte y en todo el cuerpo por la caída sufrida.

El motivo de egreso es por mejoría con Diagnóstico Médico de Traumatismo Craneoencefálico T. C. E GRADO III, FX. TEMPORAL DERECHO, DIABETES MELLITUS TIPO I. Por su atención pago \$680.00, en nivel 4, en base al estudio socio-económico porque la cuota total era de \$1891.00, en virtud que el Seguro Popular, no le cubre este tipo de atención. (de acuerdo al catálogo de beneficios). y al sufrir accidente en su domicilio motivo de las lesiones y daños a su salud es considerado caso médico legal.

No. 13

Historia de Vida.

Cama: 408

Nombre: Sr. Mateo Calva Jiménez

Edad: 59 años

Estado civil: Unión libre

Escolaridad: Primaria incompleta

Religión: Católico

Ocupación: Desempleado

Fecha de nacimiento: 25-12-1945

Lugar de nacimiento: Atotonilco el Grande, Hgo

Lugar de residencia: Atotonilco el Grande, Hgo.

Años de residencia: 50 años

Familiar responsable: Maria García

Parentesco: Esposa

Fecha de Ingreso: 17-06-2005

Fecha de egreso: 21-06-2005

Diagnóstico médico: Hernia inguinal derecha, Hipertrofia prostática.

Procedimiento: Plastia inguinal, resección transuretral de próstata

Seguridad Social: No tiene

Referencia: Consulta Externa (programado) Reingreso

Inicio de la sesiones

Acerca de su enfermedad.

Bueno, yo ya tenía, este, problemas con lo de la próstata porque se me empezó a levantar una bolita pero antes de que creciera más, pues éste, estaba atravesando y sigo atravesando por una situación económica bien difícil, entonces éste.

Cómo se atendió.

Tuve la necesidad de venir aquí al hospital general para que me hicieran el favor de que, de checarme, no, pero resulta que, bueno me mandaron a hacer unos estudios y aquí no hay todo lo necesario, entonces algunos estudios los tuve que hacer en particular y me van dando la noticia que tenía gastritis, colesterol, accido(acido) úrico, las dos hernias inguinales y la próstata, ese fue mi comienzo, pero, hace dos años y medio me trataron aquí y este no se que paso, si me descuide o en concreto no se que paso, si me pusieron maya, la realidad no se, nunca supe la realidad de lo que pasó conmigo, pero, lejos que me operaran la hernia chica, se me vino lo de tres veces de grande, se

me metió la bolsa a los testículos y por una o por otra cosa, pero a mi ya me hubieran operado desde diciembre del año pasado, primero me dieron un tratamiento, después el autorizador(cauterizador) que no llegaba, después por los elementos que no llegaban del cauterizador, y hasta que de un mes hacia acá se movilizó una señorita de la dirección, con los estudios y ya me hicieron favor de operarme la próstata y la hernia, dije yo, no la voy a dejar avanzar, me la voy a operar chiquita(pequeña, sin crecer demasiado) para que no me avance y resulta que se me fue al triple, así es como comenzó mi enfermedad, ahorita me operaron igual del lado derecho, del mismo lado de la inguinal derecha, es más, tengo la otra también pero la tengo chiquita no ha crecido para nada, fíjese que en una ocasión, yo creo que ya se decepciona uno por la situación de que dice uno, bueno, ya me curé de la hernia, me volvió resultar me voy a volver a curar, iré a quedar? y si quedo con que le sigo, con el accido(acido) úrico, con la gastritis o con varios problemas que tengo más, pero yo siento que la vida es muy bonita porque realmente uno trata de curarse siquiera para andar dando guerra , primera, segunda tu ya no tienes a quien hacerle falta porque ya en la casa de usted ya no temeremos a ninguna hija porque nosotros no tuvimos hijos, puras hijas y ya todas se casaron entonces realmente me comentan que no, que todavía tengo a quien hacerle falta, pero fíjese que el chiste no es que yo le hago falta a mi familia sino que simple y sencillamente se termina y usted lo sabe, se termina con las hijas y empieza uno con los nietos y hay algunos nietos que si se dan a querer mucho, hasta uno los quiere mejor que a sus propios hijos y esa ha sido mi vida, en lo económico pos un poco mal porque yo tuve un problema, bastante fuerte y quedamos económicamente abajo, y entonces. En mi casa tenemos todos los servicios, agua potable, luz, teléfono, drenaje, mi casa es media de lámina y media de loza, ya no me alcanzó para tapparla de concreto y dije de que se moje, mejor le pongo lámina.

Experiencias con los médicos

En el hospital general pues es más es una de las dependencias que mejor esta organizada porque, si nos vamos a otras dependencias están más mal, mal totalmente y por ello tuve la necesidad de recurrir a este hospital, pero en fin, yo no soy de las personas que porque no tenga bienes económicamente, este mal, me voy a pegar un tiro, los que se dan un tiro lo hacen porque están locos, desquiciados, yo no, yo le pido a Dios que otros días me eche la mano, le vuelvo a repetir para ver crecer a mis nietos y pues dentro de lo que cabe ya ve como son los nietos querendones, eso es lo que me da fuerza para poder salir delante de las operaciones aunque no pueda trabajar, total que me la den de gatito(ayudante) para cuidar a los nietos, con eso ya me gane la comida, o como ve usted?.

Las experiencias que he tenido con los médicos son muy buenas porque yo sin conocer a las personas llegué aquí y ahora soy amigo hasta de las propias cocineras, de médicos y de la secretaria del subdirector de mucha gente que me ha hecho el favor de echarme la mano por una y otra cosa pero en la actualidad cuento con mucha gente aquí en el hospital que son mis amigos, a través de que, no se, del carisma o no se, si cuento con muchos médicos me han tratado de maravilla porque yo

aquí no vengo a exigir vengo a conformarme con lo que tienen todo su medio proporcionarme esa es la clave.

Cómo lo diagnosticaron los médicos.

A base de estudios de sangre, radiografías, ultrasonidos y consultas.

Medicina alternativa, uso y forma de diagnosticar.

No he buscado otra medicina alternativa, definitivamente no, yo de hecho se puede(puedo) decir sigo padeciendo de la enfermedad del alcoholismo, pero un amigo que tomaba demasiado y de momento ya no lo vi. que tomara, le digo oye como le hiciste porque yo quiero dejar de tomar yo he tratado por todos los medios de dejar de tomar, inclusive he estado con los grupos de alcohólicos anónimos, y me dijo no pues fíjate que vamos a ver a fulana que me quito la borrachera, pues yo le voy a dar una lana pero lo que quiso insinuar(me insinuar) que era una especie de curandero entonces(entonces) recurrí a él y me dijo mire se va a tomar estas tres, pero antes de que tome si algún día llega usted a tomar otra vez vino cómprese su caja primero y después empieza usted a tomar porque es una cosa muy efectiva don Mateo, así es que váyase con cuidado bueno si dejé como 6 u 8 meses de tomar porque me dio miedo, le soy sincero si me dio miedo de que me fuera a morir, pero a través de la vuelta como de nueve meses veo a mi cuate que salio de una cantina rebotando de briago dije, mentira esto era pura superstición y ya ve que uno le hecha la culpa a las esposas, se va uno de borracho en la primera oportunidad, me fui de borracho y no me pasó nada después fríamente sin ir con doctores con brujos con nadie a la de a fuerza dejé como 6, 7 años de tomar ni una gota y en la actualidad antes de entrar a la operación no le voy a decir que no tomaba, me tomaba tres, cuatro cervezas hasta ahí lo que definitivamente no he podido dejar por ningún medio es el cigarro, hubo un tiempcito de que si me lo quité con parches de nicotina pero desgraciadamente el tratamiento es muy caro, carísimo el tratamiento, dejé como tres meses de fumar me han dado un montón de medicinas caseras no, que hecha el cigarro en ocote y déjalo serenar y al otro día te tomas el agua y vas a ver que con eso, son mentiras, yo siento que el alcoholismo y el tabaquismo es pura fuerza de voluntad porque no hay hasta horita que yo sepa un tipo de cura para el alcoholismo y por ejemplo si hay un tipo de cura para el alcoholismo que son alcohólicos anónimos pero los que realmente se interesan y se profundizan en el tema, pero yo a base de eso si me he mantenido sobrio varias ocasiones si me ha dado resultado alcohólicos anónimos no le voy a decir no tomo pero le vuelvo a repetir mis 3 o 4 cervecitas o 2 o 3 cubas pero anteriormente era de día y de noche o 2, 3 veces a la semana y como supuestamente estaba bien económicamente no me importaba y ahora reciento los trancazos de verme acabado el vino parte tres cuartas partes de lo que yo tenía, no le voy a decir que me dejó en las ruinas pero casi estuve a punto de irme a la ruina por mi alcoholismo, dicen que nunca es tarde para empezar pero yo voy a empezar muy viejo, pero al fin y al cabo voy a volver a empezar si yo me lo propongo no hay puerta que se cierre por muy difícil que sea.

Piensa que se va a curar

Primero Dios me voy a curar y voy a quedar bien porque esa es mi meta curarme, con tal de quedar bien, ya si no sirvo para nada por lo menos ver a mis nietos que no se caigan por ay(ahí), están chiquitos, para verlos crecer mientras Dios me permita vivir ya una vez que diga hasta aquí me voy tranquilo no los deje igual que yo porque logramos hacer 2 casitas pero con muchas limitaciones, cuando menos a mis hijas no las deje desamparadas, les tocaron muy buenos maridos, eso ha sido mi trayectoria hasta los 59 años, casi cumpla los sesenta el 25 de diciembre los cumpla.

Continua Mateo, después fíjese el problema a mí ya no me queda mucho tiempo ya tengo 60 póngale va a tocar, y voy a tratar de que haber como le hago, a las personas hábleles tantito de muerte y de eso mismo se enferman yo no yo soy realista el día que me vaya a tocar me va a tocar, claro estoy tratando de curarme, le vuelvo a repetir para seguir echándole un ojo a éstas (sus hijas), ella vive en Pachuca, otra de sus hermanas vive también, otra vive en Atotonilco, ella es la que le digo que la dejó el marido yo la tuve que recoger y ayudarla, yo ya soy bisabuelo, tengo 2 bisnietos y nietos ya se me ha olvidado la cuenta.

Si Dios quiere ya me dijo el doctor que me van a correr, me dijo si para bien ya el viernes se me va y si no se va hasta el sábado, yo me siento bien, es que la vez pasada de mi operación, este como se llama cuando me operaron la pura hernia me dejé parado y al otro día no podía parar y caminar y ahora con esta me paro y camino muy bien, ni me he sentido ni mareado ni esto ni lo otro, no me pusieron sangre nadamás puro suerito me han traído, le voy a ser sincero ya estaba desesperado porque me operaran porque día con día me dolía más y no le temía otra cosa que no trabajara, le sacaba yo que se me fuera a estrangular y hay ocasiones en que decía yo si se me estrangula que hago, voy a tratar de que me echen la mano para que en el hospital me operen en cualquier momento se me estrangula y a la fregada pero gracias a Dios ya llegué aquí y me atendieron los doctores, pues estamos a sus ordenes en Atotonilco el Grande, por la colonia el Arroyo entre Doroteo Arango y los Dorados, cuando me den de alta me voy para mi casa.

Nacimiento, adolescencia, madurez, matrimonio, defunción.

Uno sale adelante pero así ha sido mi vida, es más le comento esto porque yo quedé huérfano de un año de edad, mi mamá me vino a conocer a la de edad de 28 años, mi mamá no era la esposa del señor calva era la sirvienta del señor Calva y cuando mi madre se fue de Atotonilco a Tulancingo a mi me echaron por la ventanilla de un autobús de un año de nacido y como me crié con unos hacendados, el trabajo fue al tener uso de razón, me daban unas patizas(golpes) pero diario duras, fuertes, por ejemplo se imagina usted a las 4 de la mañana pararse a lavar los establos a lavarles las ubres a las vacas, ordeñar, dejar la leche preparada y en seguida aparejar el caballo, la yegua, o cualquier animal para irse a raspar magueyes, regresar y para que no se agriara la leche, ir a entregar la leche primero y después sacar los animales era un trajín(trabajo) de todo el día, desde que tengo

uso de razón a la edad de 7, 8 años, yo estuve personalmente cuando faltaron mis padrinos y sus hijas personalmente me fueron a correr de la casa pues yo tuve la necesidad la obligación de irme para México, pero yo sabía directamente todo lo del campo, todo, desde uncin (amarrar) una yunta hasta ordeñar una vaca pero respecto al trabajo de la ciudad nada porque no me había desenvuelto en ese medio, me fui como a los 13, 14 años y allá en México, ahora yo creo que en parte eso fue porque yo llegue con los carpinteros de obra negra son los que plantan edificios y a cargar unas hojotas como la puerta de esa de madera prensada y bien mojada y chiquillo pues ahora pienso que son los resultados de tantas enfermedades eso fue realmente, pues todo ha sido sufrir pues realmente con toda sinceridad le digo una cosa, si usted quiere yo salí enamorado, borracho pero trabajador como no tiene una idea, drogadicto jamás de los jamases, he probado ningún tipo de droga, estando en México en Tepito donde viví como 11 años me golpearon como 2, 3 veces por no entrarle a la droga al fin y al cabo pues salí adelante porque si le hubiera entrado a las drogas es probable que horita(hoy) ya ni enfermo ni sano estuviera, yo vivo porque yo veía a mis compañeros de vecindad que empezaban con el cemento y terminaban con cocaína entonces yo tuve la fortuna de no probar ningún tipo de droga, yo vivía solo en un cuartito y regresé a mi pueblo hasta que yo era maestro contratista de pintura de construcción, trabajé como maestro de pintura de construcción, como cobrador y salí chofer, trabajé como mesero y salí capitán de meseros, atendí algunos bares fui arbitro de fútbol, taquero, cantinero, mesero, le tuve que pegar un poquito a todo por la misma necesidad, dentro de lo que cabe no todos los amigos son malos hay algunos amigos que son buenos, lo llevan a uno a trabajar desinteresadamente, hay otros que se lo llevan a la malagueña hacer otro tipo de actividades, los amigos que yo conocí me ayudaron a salir adelante, yo estando bueno el trabajo no se me hace pesado, nunca se me ha hecho pesado por lo mismo que desde chiquito iba yo a raspar, lloviendo, tronando, con lodo, nunca se me hizo pesado, estoy viejo pero aún así antes de que me operaran le jalaba a ser esto o lo otro, me gusta meter las manos, pero ahora con lo que me dijeron pos ya que, por lo menos voy a cuidar los nietos ya me gano la comida ya la hice, he tenido que atravesar por muchas experiencias, por lo mismo la escuela allá por 1946 ni mis propios padrinos tenían escuela, menos me iban a dar a mí, después me mandaron a la escuela pero era como un tipo de escuela de paga pero nunca pasaba de año, más grandecillo en la escuela de gobierno llegué hasta segundo año, seguí estudiando en un taller mecánico aprendí lo practico pero lo teórico nunca lo supe el equivalente al valor de la resistencia(electricidad) y ese tipo de cosas, salí radiotécnico también afortunadamente, se arreglar aparatos eléctricos, desde hace 20 años se me bajaron las alas, me dice un amigo todavía tenemos “chivito” para rato porque a mí me apodan así, en la sierra y huasteca hidalguense, si Dios quiere si, esa ha sido mi trayectoria, pienso que los amigos son solamente cuando uno tiene dinero porque dicen que los verdaderos amigos se visitan en la cárcel y en los hospitales y yo aquí nomás mi familia y eso ni toda porque algunos ni en cuenta, aquí se ve lo bueno de los amigos que tengo los cuento con los dedos de las manos, cuando yo tomaba eran cientos, era yo arbitro de partido y al terminar, a chupar(beber), la verdad eso no conduce a nada bueno eso me condujo a muchos problemas económicos, morales, físicos, de todo.

Mi mamá era como le decía al principio era sirvienta de las personas de los padres de mi papá, yo creo que se entendió y nació yo, como mi papá tenía varias propiedades llevó a mi mamá a una de esas propiedades y ahí nació yo, pues de hecho mi mamá se llamó ya no vive tampoco Margarita Hernández Jiménez, Pero ¿no sabía usted que era su mamá?, eh, yo conocí a mi mamá un día que estábamos ahí en una foto, me la presentó una tía mía, me dijo sabes que, salte tantito, te voy a presentar a tu mamá, yo, como que me sorprendió, de molestarme no tanto. La conocí a los 28, 29 años he de haber platicado unas 10, 12 veces cuando mucho, y a mi papá por otro lado se llama Juan Pascasio Luís Calva, lo vine a conocer casi a la misma edad, inclusive varias personas me decían oye, que sientes por tu mamá, nada, honestamente nada, si tienes razón como nunca te criaste con ella ni esto ni lo otro tienes razón yo entiendo que no sientas nada porque como no te criaste con ellos ni estudios te dieron ni esto ni otro, me crié con el difunto Agustín Chavarría y la difunta Paula Pérez, que era su esposa nunca tuvo hijos me criaron pero nunca me registraron con los apellidos de ellos sino con los apellidos de mi padre y mi madre, le voy a contar un anécdota, cuando iba a la escuela rural me llamaba Mateo Chavarría Pérez, porque nunca tuve la curiosidad de tener la inquietud de ver mi acta de nacimiento, la descubrí hasta que tenía 26 años de edad, yo tenía que prestar mi servicio militar a la edad de 18 pero me daba miedo porque decían que los de la bolita blanca se los llevaban para el ejército pero estaba un tío que era teniente y él daba la instrucción militar en Atotonilco, fue así como llegue ahí y como empecé a conocer un poco más de mi familia, pero le digo esta muchacha (se refiere a la hija mayor), por eso se llama María Elena Chavarria, porque yo para todo era Mateo Chavarría Pérez, hasta que estaban grandecitas mis hijas descubrí que no era mi apellido porque me pedían el acta de nacimiento para sacar la precartilla, por eso a la fuerza le exigí el acta de nacimiento a mi madrina y voy empezando a descubrir que no era Chavarria Pérez, que era yo Calva Jiménez, por eso mis hijas se quedaron con el nombre de Chavarria Rivera, mi madrina se apeno pero me dijo, yo no soy tu mamá, tu mamá es Margarita y tu papá es Nacho, y quién es Nacho?, es un señor así y asado, después el teniente que daba servicio militar era primo hermano de mi papá, era muy enérgico, mal hablado, muchacho jijo de quién sabe que soy tu tío primo hermano de tu padre, figure respecto al deporte mucho, atletismo, natación, béisbol, fútbol y arbitraje partidos casi profesionales, desde los 9, 10 años ya era bueno, estuve a punto de ser reserva del Pachuca, pero por no tener los medios económicos no llegué, tampoco como arbitro, en casa de usted existen varios reconocimientos el 80% los rompí en estado de ebriedad y en Atotonilco se instaló un libro que se llama “Atotonilco ayer y hoy”, dice breve remembranza del béisbol atotonilquense cuando empezamos a jugar fuimos 3 veces campeones en tercera, 2 años en segunda un año en primera y hasta que nos llevamos el primer lugar a nivel estado, eso no lo digo yo, aparece la fotografía de todos y el nombre de cada uno de sus integrantes, yo jugaba como picher y jardinero central, así como me ve nunca he sido ni más gordo ni más flaco, no paso de los 57 kilos horita (ahora) peso 67 kilos, yo creo que por lo viejo, le agradezco mucho a Dios que me haya permitido llegar hasta mis sesenta años, porque he visto partir a muchos de mis compañeros de infancia por muchos motivos porque los han matado, por la droga, por la borrachera.

De niño para jugar me escapaba no me permitían, primero trataba de hacer todo mi quehacer, me escapaba para que ya no me pusieran a ser quehacer, mi padrino arreaba los peones, era chaparrito y gordito no podía correr me echaba a correr pero tarde o temprano tenia yo que llegar a la casa y a las 4 de la mañana, llegaba con dos reatazos por la espalda, me dejaban marcados los verdugones, le digo que sufrí mucho , pero, sufriendo se aprende, conozco a muchos amigos que por herencia les han dejado mucho dinero y en la actualidad los veo no saben hacer nada, se les hace muy pesado el trabajo ya hechos unos drogadictos, tiene como 42 años que murieron mis padrinos, regresaba a ver a mi madrina, no he sido ambicioso, murió mi madre dejo casas en Tulancingo no les peleé nada a mis hermanos, murió mi padre aquí en Pachuca tengo varios medios hermanos, nunca le pedí nada tampoco, nunca de los nunca les he pedido nada, nada, le digo los golpes de la vida han sido muy fuertes, en mi adolescencia me atraía mucho el vía crucis, fungí como Judas, hice el papel de Longinos, de Pilatos, fíjese que yo pensaba que los curitas eran santos, así tan tapado estaba yo, fui sacristán de un cura después empecé a descubrir la buena los curas, son igual que yo, así la verdad conviví con un montón de curas, me ha gustado leer, leo y escribo bien no delecto, también participé en Apan, Andrés Sagahon el cura nos invito a participar en el vía crucis fuimos como 25 elementos, o sea lo que yo tenia que hacer lo hice bien en la vida, trabajé perfectamente bien, hubo ocasiones que tuve ayudantes, pero no les parecía lo que yo les ordenaba, en México me ordenaban a mentadas, yo cuando tuve ayudantes les hablaba no tan groseramente, no le echaban ganas no querían subir de categoría. Sentí que era un adulto cuando me llevé a la mamá de esta muchacha (su hija), porque me la robe ni siquiera sus tíos ya me andaban hasta matando yo vivía con los hacendados, ella tenia 14 y yo igual, no fui valiente, que estúpido que valiente ni que nada, más que nada mi madrina estaba feliz porque ya le ayudaba con el quehacer de la casa, no pues otra gata más sirvo, haga de cuenta, después tuve la necesidad de irme a México y la deje ahí en la casa con mi madrina en la casa que le correspondía a ella y después por ahí me metió el cuerno la mamá de esta(una hija) niña, yo estaba en México o en Pachuca y se juntó con otro señor, pero tuvimos 5 hijas, Lupe (finada) tuviera 43, pero se juntó con un muchacho de Oaxaca, Silvia, Maria Elena, carolina, Chucho (Jesús).

Conocí a la esposa que tengo actualmente, porque yo era chofer, ella trabajaba en una comunidad que se llama Montecillos, cada 15 o 20 días tenia que ir a su tierra, le daba el asiento del personal, ya sabe, como no, así la conocí y tuvimos tres hijas, una se llama Gabriela, la otra se llama Lizbeth, y la otra Maria de Jesús, mi mujer se llama Maria Licon García, me llevo bien con ella y con todas sus hijas. Bueno, con mi esposa actual bueno, yo me la robé de principio, yo me la robé a la fuerza, si, pero ya después con el pasar de los añitos, si nos casamos por el civil, por la iglesia no y así en lo sucesivo me puedo conseguir otra, me caso por la iglesia con otra y con la otra por lo civil y estamos a mano (bromea). ¿Tuvo usted muchas novias?, hartas, gracias a Dios, estaba yo como una piedra cacariza pero tenia suerte, je, je, (se rie). Con una mujer del Real del Monte nomás, tuve un hijo, era una señora muy bonita, chaparrita pero de aquellas, me dejó, casi no visito a mi hijo porque no esta aquí, ella desde que se fue, jamás me ha vuelto a ver, se que esta estudiando, lo llegué a ver de niño,

en varias ocasiones y es decir que su misma mamá me lo mandaba porque ella fue quien me dejó, la conocí también en el camión y nos juntamos y aguantamos como cinco meses y se vino porque yo era muy mujeriego y por eso me dejó y se vino pa (para) el Real del Monte, traté de volver por ella pues ya no quiso regresar y después lo que me sorprendió de ella es que me fue a ver después de que nació su hijo me fue a ver que lo registrara yo y se lo registre y después que me encontré al chamaco le pregunté como se llamaba y me dijo que se llamaba Chucho (Jesús) pero me dio otros apeidos (apellidos) si yo te registré con mi apeido (apellido), está registrado ahí en Real del Monte. Está guapo el muchacho, su mamá es muy guapa, y el es blanco pero guapo, de pelo medio quebradón (rizado). Yo tengo una hija, esa tiene el pelo muy bonito pues esas salieron a su mamá por que su papá pues tiene pelos de puerco(lacio), pero si tienen el pelo un poco quebrado, yo tenía un poco quebrado el pelo pero yo creo que ya con el correr de los años ya se me quitó.

Formas de subsistencia.

Me vi. en la necesidad de que como esta es una dependencia de gobierno pues recurrí al auxilio del hospital general, y como tengo ya tres años que no trabajo, por lo mismo de las hernias no puedo trabajar y horita(ahora) las que me sobrellevan son mis hijas, ya me dan los cien, los doscientos pesos para que me aliviane, no, pero yo siento que tambien no es bueno porque, por ejemplo, ellas ya tienen su hogar aparte ninguna obligación tienen conmigo pero afortunadamente gracias a Dios me salieron unas hijas muy buenas y este son las que me han estado sacando adelante porque de lo contrario económicamente estoy mal, ya tiene tres años que no trabajo, tenemos un pequeño changarro, una taquería, es caseta semifija de tacos, pero resulta que a una de mis hijas me la dejaron y uno como padre tiene uno que auxiliar, entonces ella trabaja en el puesto 5 días de lunes viernes y a mi me da muy poco económicamente, pero el orgullo que tengo es que tiene una hija estudiando aquí en la universidad y otra hija estudiando en la escuela preparatoria aquí de Atotonilco, eso es lo que a mi me da orgullo en primera y en segunda si quiere agradecer bien y si no, no y después para los gastos personales de la casa mi esposa trabaja 2 días sábado y domingo con eso vamos subsistiendo hasta ahorita y espero que así vaya pasando porque me estaban comentando los doctores que después de esta operación ya no voy a poder cargar por ejemplo el equivalente a 15 kilos, entons(entonces) imagínese si de hecho anteriormente no podía trabajar y en lo sucesivo después de la operación que voy a hacer, pero, en primera yo tengo mucha fe en los doctores porque no por nada pero aquí en el hospital general hay unas eminencias de médicos, y, los alcanzo a conocer y mucha gente me ha dicho que aquí.

En otra ocasión me fui a meter de lavador de carros a una empresa que se llamaba flecha blanca en atotonilco, ayudaba a los cobradores a trapear los carros, me enseñaron a cobrar y salí chofer. Soy taquero, me especializaron un chef argentino, o sea que yo no soy taquero nomás a la deriva, mi taquería la tienen, en el mero centro de Atotonilco, se llama taquería “Don Chivo”, una hija lo trabaja 5 días y mi esposa 2 nadamás, porque mi esposa también está enferma, tiene varices en las piernas y

varias enfermedades ya está igual que yo, haber quien se va primero, total el que se vaya primero que jale al otro, cual es la bronca, porque no vamos a quedar permanentes, permanentes ni las torres porque también se caen y las dos gemelas, a mi me gusta desde chiquillo enterarme de las noticias, leer, para poder decirlo así como con usted o con alguna otra persona, tener madera de donde poder cortar, porque si no se nada ni soy nadie y no se me desenvolver, mi esposa se guisa sus cosas y yo las mías, a veces le digo a mi hija vete a traer un cuarto de carnitas y mientras hago la salsa y para tu mamá le compras un bulto de alfalfa, ella cose así zanahoria, lechuga, aguacate, cebolla a pura cuchara y en seguida su jugo y su licuado, se toma como 5 o 6 jugos al día, y de comida máximo una tortilla, yo que culpa tengo que se diferencie la comida en la casa yo me hago de comer, llega mi hija hasta los dedos se lambe(chupa), pero cuando yo llego a ir al puesto, a atender una hora o dos, la clientela se come 3 o 4 se come 10 u 8 tacos y cuando está mi esposa no tiene carácter, les contesta mal, pero si es la misma carne no se que les da, ella es muy hostil yo no, les digo sabe mi patrón aguánteme un ratito(rato) nomás atiendo esta persona y en seguida a usted, cómase una tostadita, les hecho relajo porque ya me conocen, hay don Mateo me dicen, si no fuera que nos hecha usted relajo ya no venimos a comer tacos, mucha gente por eso me quiere, yo de ahí no percibo ningún quinto, me da una pequeña gratificación me da cien pesos mensuales, no le pido más porque sus hijos están en la escuela yo le digo a mi hija, dales de comer, págalas la escuela, tiene una en la universidad y otra en la preparatoria, creo que está estudiando bióloga o no se que, por eso es que me cohíbo en decirle sabes que mi renta mensual va a ser de mil pesos, pero no esos mil pesos ya le sirven para que le de para la pensión de esta y no me gusta ser desobligado,

Características de su pueblo.

Mi pueblo es pintoresco, tradicional, parecido el clima un poco a Cuernavaca, clima templado, antes éramos como 2 mil habitantes ahora somos como 26mil, ya ha crecido bastante, antes me preguntaban oye chivo sabes donde vive fulano, ah, pues vive aquí, vive allá, ahora me preguntan donde vive fulano y no conozco y otra de las cosas con el crecimiento de población se ha desatado mucha violencia, mucho robo, mucha violación, mucha droga, mucho de todo, no nadamás en mi pueblo en un montonal (montón) de pueblos chicos ya se ha desatado la corrupción, donde quiera no crea que nada más mi pueblo, lo que yo me doy cuenta, en la actualidad yo comento con mis amigos y les digo ya ponte a trabajar o quieren y les gustan las cosas fáciles, no les gusta que los regañen, no quieren que los ordenen y si no ya no regresan al trabajo, así es la cosa por ejemplo yo que sufrí mucho para aprender a mi si me dicen trapea aquí lo hago, me están pagando, en la actualidad la gente ya quiere ganar mucho, trabajar poco esa es la clave es por eso que yo digo que hay tanto desempleo y algunos de hecho siento que no les gusta trabajar y se ganan el dinero fácil lo roban horita(ahora) aquí y mañana ya se acabaron el dinero y roban a otra persona y así se van sucesivamente, yo siento que eso esta mal hecho porque lo hace la gente chica, la grande, en el pueblo se sostienen con el comercio la mayoría, un 30, 35% emigra para los Estados Unidos, recuerdo que por ejemplo Atotonilco no era tan caro para adquirir un terreno ahora vaya usted a

atotonilco y trate de conseguir un terreno por las orillitas no se lo dejan en menos de 3, 4 cientos mil pesos el lote, pero quien ha hecho encarecer esto los que emigran a estados unidos, si usted quiere vender le dan lo que usted pida, por eso Atotonilco se ha encarecido tanto y otra cosa como es el paso para la sierra tambien por eso lo que me he dado cuenta que para construir una casa esta en chino, muy difícil, está a media hora de Pachuca, en el centro algunas personas que quieren vender su propiedad lo dan entre 10, 15 mil pesos el metro, imagínese, un señor compró una parte para poner una sucursal de comex en un millón de pesos es muchísimo para mi que tengo poco dinero, yo creo que si ha de salir para comprar una propiedad tan cara yo creo que si le sale.

Costumbres y tradiciones.

Lo de los pueblitos se hacen 2 fiestas anuales y este las tradiciones que nos dejaron nuestros ancestros, que la semana santa, el vía crucis, lo de siempre de un pueblo porque si usted se da cuenta en las ciudades ya casi no se rompe la tradición y en los pueblos todavía existe la tradición que nos dejaron, el día de muertos, el 28 de agosto que es la fiesta del patrón del pueblo San Agustín, el 2 de febrero en un barrio que se llama el Calvario, es pintoresco porque estamos conectados con las piedras basálticas, las haciendas de los conquistadores de México y a 15 minutos tenemos las aguas termales, del mismo municipio, nosotros que vivimos ahí no aprovechamos los balnearios esos que se suponen que son medicinales no vamos, vamos una vez al año y eso quién sabe y por ejemplo la gente que viene de la capital se van hasta 3, 4, 5 días y nosotros vamos un ratito y córrele pa (para) el pueblo, yo creo por lo cerca no nos llama la atención, los alimentos que se dan son maíz, frijol, otros tipos de plantas se dan en otros pueblitos del municipio como son: San Martín, Santa Catarina, se da de todo jitomate, tomate, chile, sandia melón, aguacate, nuez, pera, duraznos, hay rancherías que tienen un clima favorable y agua.

Mateo, deje, le explico, en la casa de usted hay unas diferencias medias raras mi hija que está en Estados Unidos, la de Tula casada y mi mujer son testigos de Jehová y yo y las otras dos hijas y esta(la hija presente) supuestamente somos creyentes, y total que, yo me he dado cuenta que con estas personas se anda uno por la derecha bien alineadito no en el aspecto que lo regañen, pero en el aspecto limpieza y organización yo creo que mundialmente tienen el número uno (se refiere a quienes son Testigos de Jehová) pero yo me hago guaje(indiferente) y no lo quiero aceptar me entiende, porque yo varias ocasiones acompañe a mi mujer a la reunión pero sabe usted lo que no me convino lo mismo de siempre que yo soy maldiciente, yo fumo, yo tomo, y que esos defectos tengo y ellos no fuman, toman ni beben, eso si por muy pobres que sean son bien limpiecitos, bien organizados, aquí hacen una reunión en el estadio el nuevo Hidalgo, viernes, sábado y domingo, llegan a llenar el estadio y lo dejan limpiecito, lo lavan, es una organización muy buena, ya le dije lo que no me gustó, le quitan mucho tiempo, mucho de lo de su tiempo, que hay que ir a predicar, que hay que ir a estudiar la Biblia, que hay que ir al estudio del libro, los viernes que este, que hay que ir a la reunión son dos horas y hay veces que hasta el padrecito le digo de groserías porque se tarda una

hora pues hay dos horas y después acá, acá en el estadio cuando vienen, empieza a las 9, de la mañana y terminan a las cinco de la tarde y luego hay que salir a predicar y me doy cuenta que los que realmente estamos mal somos nosotros porque yo le quiero preguntar una cosa, usted es católica o que cosa es?, cuándo ha salido a predicar algún día?, cuándo?, nunca, bueno hay le va; Jesucristo anduvo predicando toda su vida, bueno no toda su vida porque de chico se fue a meter a la sinagoga y de grande sus años de predicación fueron tres años nada más pero diario, diario y no le predicaba solamente a ricos, le predicaba a todo el mundo y dígame usted, que viva unos 25, yo creo que no vivo más de 85, ya estoy dispuesto que cuándo me va a tocar ni cuándo usted o yo lo hemos dicho?, ¡nunca!, y aquellas personas si ocupan mucho tiempo, eso es lo que a mi no me gusta y después pues a mi las burlas me vienen sobrando, porque por ejemplo yo cuando llegué allá con mi esposa a la reunión, me decían mis amigos, qué pasó hermano?, y siempre mofándose de uno y ya le digo ya al grado de que uno no se aguanta y pues hasta a golpes puede uno salir; si por eso uno es hijo de Dios, nomás con cierta diferencia. Mire nosotros lo que no queremos es acatar los reglamentos que da la Biblia, o sea, el que esté en la iglesia católica me dejan hacer lo que yo quiera, prostituirme, fumar marihuana, lo que yo quiera y allá, nada de eso. No, a mi esposa no le hable de, este, de bautizos, de primeras comuniones, de navidad; nada, esas personas no celebran nada ni cumpleaños ni nada, nada, nada. y pues de vez en cuando llegamos a discutir por lo mismo, porque digamos por ejemplo, vamos a decir, la otra hija que tengo, ella si es católica, ella si le ha hecho presentación de tres años, que la primera comunión, que esto que el otro, que la navidad y yo también, que me gusta andar de huelemoles (en fiestas), bueno pues yo me voy con la hija si quiera pa(para) que vea que si tiene padre y hay voy siempre que tienen convivio me voy a su casa siempre me invita y siempre voy y mi esposa no, no porque son cosas religiosas. Y hay empiezan las diferencias, dos de mis hijas son de la religión de ella, la mayor y la chica y la de en medio es igual que yo de mula(no conforme con sus creencias religiosas).

Lengua que se habla y algunas tradiciones.

No se habla ningún dialecto solo el castilla como dijo un amigo y tratamos de hablarlo de imitar el castellano porque no lo hablamos bien, no somos buenos para los dialectos, más abajo si hablan el otomí en el pueblo que se llama San Torum, que pertenece tambien a Atotonilco, yo veo que día con día se van perdiendo algunas tradiciones, recuerdo que cuando éramos chiquillos empujábamos a los caballitos y teníamos derecho a subirnos ahora con maquinaria todo es muy caro, ya a la gente no le alcanza para irse a divertir solo para mal comer, ya ni ha de haber a quien le sobre una lana.

¿Tiene más familiares con los que usted tenga contacto?, si tengo tíos, primos y sobrinos

¿como se lleva con ellos?, bien, bien, bien todos viven en Atotonilco, el 80% por cierto de los mecánicos de atotonilco son mi familia, el que no es mi primo es mi sobrino y el que no es mi primo es mi tío, y allí. si, la familia es un poco grande, si porque se suscita lo siguiente: tengo familia por parte de mi mamá y por parte de mi papá, si de Atotonilco, no más que mi papá se vino desde muy, ora si

que, se vino mucho tiempo aquí a Pachuca, mi papá tenía casa ahí en el Chacón y ahí en la Palma, en Observatorio, se murió mi papá y se fue distribuyendo la herencia como mejor les convino. A mi no me dieron ni una palada de tierra, nada mis medios hermanos por parte de mi mamá y por parte de mi papá son más o menos como 17, aja, de ambos lados pero me identificó más con los de mi mamá, porque con los de mi papá son un poco apretados, porque como pues dependen de una familia, este bien, de una familia económicamente bien, pus(pues) yo pienso que se les quedó, este siempre lo orgulloso y pues este como esta uno humilde, lo, como que lo quieren pisotear a uno, pero yo siento que no porque digamos así este, ellos con su orgullo y yo pues con mi trabajo pues nos emparejamos, cuál es el problema, no?, fíjese tengo la que era mi madrastra está en el Chacón, y allá en el Chacón tiene como dos o tres casas y los otros que conservan la de observatorio ya está toda vieja, ya son departamentos ya ve como es todo ahí. Y de Tulancingo son Carmela, José Luís, Goyo (Gregorio), Cruz, Ever, hay uno en Celaya, no una más, Chencho(Crecencio) y Carmina están en Celaya. Y cuándo los conocí, ellos sabían de mi existencia, mi mamá nunca regresó a visitarme en Atotonilco, Mm.... relativamente muy poco.

Sesiones con los familiares

Mi papá no se quiere estar en Pachuca con nosotras sus hijas, a lo que Mateo responde no, a dónde me voy que me corran?, yo lo que siento es no haberme venido ni triste por los que se van a morir yo me quiero regresar para ir a darles de tragar a las pulgas que deje allá, tanto trabajo que me ha costado criarlas(bromea).

Interviene la hija Maria Elena, lo que pasa que mi mamá nos abandonó desde chiquitos, a mi me puso a trabajar desde los 6 años, porque mi papá no estaba entonces mi mamá y por eso ella nos repartió, a Lupe (Guadalupe) la mandaron a trabajar a México, allá conoció a un señor muy grande y se la llevó a vivir con él pero le daba una vida de perros ella murió de su primer parto, ella con dolor de parto y el señor golpeándola, yo vivía con ella me llevaba a trabajar el bebé duró como 15 días y murió yo no lo podía cuidar era una niña de 8 años y mi hermano el único varón murió de Leucemia a los 14 años, en México. Mi papá quiere mucho a sus nietos, de hecho míos eran 3, ya nomás vive uno, el mayorcito murió de infarto, mi hija tiene 3 años que me la mataron se juntó con un fulano, se habían dejado y ella se puso a trabajar en una nevaría, el llegó a buscarle como que iba hacer las pases con ella esperó a que todos se fueran y le enterró un cuchillo, ya nada más llegó aquí (al hospital) y se murió, no pudimos hacer nada, tenía 16 años.

La esposa actual de mi papá, ella nos ha echado mucho la mano, si no tengo nada voy y le digo Mari no tengo nada y me ayuda, es buena gente.

La hija de nombre Guadalupe, manifiesta el apoyo que le tiene a su papá y que a pesar del tipo de relación que ha tenido con él por separarse desde pequeña, si les afectó porque tuvieron que enfrentar grandes situaciones para llegar a la vida adulta, pero con la señora Maria, actual esposa de Mateo, refiere que es una buena persona porque las apoya a ellas cuando han tendido alguna dificultad y mantienen buena relación con todos los hermanos por parte de su papá, es una persona a quien quieren, a pesar del carácter, pero que también tiene sus cosas buenas y les preocupa que su salud esté afectada desde hace mucho tiempo para ser precisa desde la cirugía anterior que le hicieron, por no cuidarse se volvió a complicar. Además dice que su papá es una persona a quien mucha gente la conoce y estima lo conocen como el “chivo”, quizás también porque el sabe sobar y ha curado a mucha gente, lo buscan mucho y no les cobra. Otro detalle es que sabe guisar muy sabroso, cuando el atiende la taquería, en Atotonilco aumenta la clientela, tiene buen sentido del humor, es optimista. Dice que al igual que sus hermanos les gustaría que ahora si se cuida para que ya no este enfermo.

Se logra entrevistar a la hijas con más presencia en el servicio, para apoyar al papá, quienes denotan cariño por el papá que se encuentra hospitalizado y preocupación porque además de que tiene un carácter optimista ya lleva algún tiempo enfermo, lo que le imposibilita ser la misma persona de antes. Manifiestan que la esposa es una buena persona y aunque no sea madre de ella y de sus hermanas la quieren y ella corresponde ese cariño ya que ella también tiene problemas de salud, y eso no la limita a trabajar los sábados y domingos en puesto de tacos, atender al papá y salir a predicar su religión, situación que a veces es motivo de discusión entre la pareja, por las costumbres y practicas de ambas religiones y el tipo de alimentación.

Observaciones del entrevistador

La historia de vida de Mateo, demuestra el entusiasmo, optimismo, y deseos de lograr su recuperación, aunque ha vivido situaciones difíciles en su desarrollo y crecimiento, por los momentos de castigo y muchas limitaciones durante su infancia y juventud, asumir desde su adolescencia responsabilidades de pareja y cuidado de los hijos, enfrentarse al aprendizaje de otros oficios para subsistir, el descubrir su origen en su vida adulta que sus padres no eran quienes lo criaron, conocer como fue abandonado por su propia madre, y después revelar a sus hijos su nueva identidad. Por ello su vida está llena de adversidades, y ahora enfrenta múltiples afecciones de salud que han puesto su vida en peligro, pero con mucha entereza de sobrevivencia, se siente apoyado por sus seres queridos, satisfecho actualmente de haber encontrado respuesta a su problema de salud. Se observa como en esta familia las cuestiones religiosas afectan de alguna manera las relaciones de pareja.

Para realizar los tramites de egreso se presentan sus hijas quienes realizan un pago de \$1,322.00, ya en base a la valoración de la Trabajadora social le establecen una clarificación socio-económica en nivel 4. Mateo egresa satisfecho de la atención recibida.

Glosario de Términos.

Años de Vida Saludable. (AVISA): Indicador compuesto que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud. Resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad, que se restan de los años que podría vivir ese individuo en un tiempo y lugar determinado.

Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada. (AMGD): Estructura organizacional implementada por el IMSS en 1999 con el fin de desconcentrar sus funciones administrativas, financieras y médicas en áreas geográficas con rangos de población entre 150 mil y 200 mil derechohabientes, con características demográficas y epidemiológicas similares. Su objetivo es integrar la capacidad de respuesta institucional a partir de áreas que funcionen como un "sistema integrado de salud", articulando, con base en un plan de salud local, las acciones de las unidades de medicina familiar, salud en el trabajo, los servicios de prestaciones sociales y salud comunitaria de la zona y la atención especializada del hospital general de zona o regional.

Arranque Parejo en la Vida. Estrategia que persigue que todo mexicano cuente, desde el principio de su vida, con las condiciones básicas en materia de salud que le garanticen la igualdad de oportunidades. Esta estrategia integra de manera sistemática acciones de promoción de la salud, planificación familiar, atención institucional prenatal, del parto y del puerperio, vigilancia estrecha del crecimiento hasta los dos años de vida, vacunación con esquema completo, administración de suplementos alimenticios y micro nutriente, y atención de especialidad en los casos que lo ameriten.

Atención a la Salud. Servicio de atención a la salud, es el conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

Área de Hospitalización. Lugar con camas censables para el internamiento de pacientes.

Área Quirúrgica. Lugar donde se concentran los servicios para la práctica de la cirugía.

Alta Voluntaria. Egreso voluntario del paciente que en pleno uso de sus facultades mentales o por medio de su familiar legalmente responsable lo solicita por escrito, liberando de responsabilidad legal a la unidad hospitalaria de los riesgos y probables consecuencias que conlleva su decisión y de todas aquellas que no sean atribuibles a la atención recibida dentro del hospital.

Atención Médica para Pacientes Ambulatorios. Al conjunto de servicios que se proporcionan en unidades fijas al individuo, cualquiera que sea su denominación, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud y que no requieren de hospitalización.

Atención de Consulta Externa. Al servicio médico que se otorga a usuarios ambulatorios en establecimiento fijo, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación.

Atención de Urgencias. A las acciones de tipo médico estabilizadoras inmediatas que disminuyen el riesgo de muerte o de lesiones permanentes en casos de urgencias.

La Atención de Urgencias. Deben incluir urgencia calificada y no calificada, fecha y hora de inicio y término de la atención, procedimientos practicados y destino del paciente después de la atención, para atenciones a consecuencia de una lesión: tipo de urgencia, mecanismo de producción, sitio donde ocurrió la lesión (ubicación geográfica), institución que brindó el primer apoyo y parte anatómica.

Atención Médica Hospitalaria. Al conjunto de servicios que proporciona el personal de salud y que se otorgan al individuo con el fin de promover,

proteger, atender el daño, rehabilitar y restaurar su salud; y que requiere de camas para su atención.

Atención a la Salud. Servicio de atención a la salud, al conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

Cama Censable. Es la cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión lo controla y asigna al paciente en el momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia

Cama no Censable. Es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional para: observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido, no es controlada por admisión

Cirugía. Es la intervención quirúrgica, al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines terapéuticos, diagnósticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

Calidad de los Servicios de Salud. Se refiere al grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas profesionales y responden de manera adecuada a las expectativas y valores de los pacientes. Las dimensiones de la calidad son: I) la técnica y II) la interpersonal.

Capital Humano. Destrezas, conocimientos y orientación de una persona que pueden incrementarse invirtiendo en educación, capacitación o experiencia.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creada a instancias del Presidente de la República mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, cuya misión es contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a elevar la calidad de los servicios médicos que se presentan en el país, siendo su objetivo contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

Consulta Externa General. Es la atención que otorga el médico general o familiar a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o en el domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Consulta Externa de Especialidad. Es la atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios que acuden a una consulta previamente programada y regresa a su domicilio el mismo día de las cuatro especialidades médicas básicas y demás especialidades, que consiste en realizar un interrogatorio y exploración física, para integrar un diagnóstico.

Consulta de Primera Vez. Es la atención otorgada por personal de salud a una persona cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado.

Consulta Subsecuente. Es la atención otorgada por personal de salud a una persona cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta.

Concubinato. Cohabitación permanente como si fueren esposos entre un hombre y una mujer.

Cuota de Recuperación. Es la forma de financiamiento de los servicios de salud para población abierta que consiste en el cobro directo y al momento de la prestación del servicio que se hace a los pacientes por la atención médica recibida en hospitales o centros de salud de las instituciones públicas.

Cultura. Es el conjunto de elementos del mundo humano constituidos por las diversidades del lenguaje, ideas, creencias, códigos sociales, técnicas, ritos, y concepciones artísticas, éticas y religiosas...constituyen una creación propia y particular de los grupos humanos. (Enciclopedia Hispánica, 1982)

Derecho a la Protección de la Salud. Es un derecho consagrado en la Constitución Mexicana, de características sociales, por el cual se reconoce que todo mexicano tiene derecho a proteger su salud, como factor indispensable de una vida digna, quedando al Estado la responsabilidad de regular, mediante la Ley, los términos en que se dará acceso a los servicios de salud.

Dimensión Técnica de la Calidad de los Servicios. Atributo del proceso de prestación de los servicios que consiste en ofrecer a los individuos los mayores beneficios con los menores riesgos, a partir del empleo de las mejores normas de la práctica profesional.

Dimensión Interpersonal de la Calidad de los Servicios. Atributo de los servicios de salud relacionados con lo que se ha dado en llamar "calidez" de la atención. Sus elementos son el respeto al paciente como ser humano integral, el respeto a su autonomía y la búsqueda de su satisfacción plena.

Defunción, muerte. Es la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales ocurridas después del nacimiento vivo.

Defunción Hospitalaria. Es el deceso de la vida que ocurre en el interior de los servicios hospitalarios. Para fines estadísticos se clasifica en: defunción de paciente que tiene asignada una cama censable y defunción de paciente no hospitalizado.

Día Estancia. Es el número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta su egreso; se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha y ocupe una cama censable se cuenta como un día estancia.

Egreso Hospitalario. Es el evento que considera la salida del paciente del servicio de hospitalización e implica la desocupación de una cama censable; incluye altas por curación, mejora, traslado a otra unidad, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios.

Elasticidad de la Demanda. Respuesta de la demanda a un incremento del precio en un bien o servicio.

Equidad. Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Esperanza de Vida Saludable (EVISA). Es el indicador compuesto que mide el número de años en buena salud que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada. Su construcción permite relacionar los datos de mortalidad con las causas de discapacidad.

Enfermo. Es la persona que padece una enfermedad.

Enfermedad. Es la disfunción fisiológica, psicológica o social, que presenta un individuo, la cual puede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico.

Enfermedad Ocupacional. Es el estado patológico, derivado de uno o más riesgos que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador realice sus actividades o preste sus servicios.

Evolución Humana. Se estudia para conocer mejor al hombre social con apoyo de la antropología para facilitar mejor la comprensión y análisis de los comportamientos, culturas, creencias, la genética semejanzas, diferencias físicas.

Federalismo Cooperativo en Materia de Salud. Estrategia que busca articular los arreglos de cooperación entre estados y municipios en un marco de respeto a las atribuciones de los distintos niveles de gobierno.

Financiamiento de los Servicios de Salud. Proceso de movilización de recursos financieros desde sus fuentes (hogares, empresas, gobierno o fuentes externas) hacia fondos que acumulan recursos y agregan riesgos (fondos de seguridad social, presupuestos públicos) para posteriormente distribuirlos en la producción o compra de servicios de salud.

Gasto de Bolsillo. Pago que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos. El gasto de bolsillo como pago directo tiene como límite máximo el ingreso percibido por los hogares, que puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio.

Gasto Catastrófico. Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera al ingreso percibido por el hogar descontando el gasto destinado a cubrir alimentación y vivienda.

Grupo. Conjunto de personas unidas entre si por lazos directos, estrechos y afectivos con un fin común.

Grupo Humano Vulnerable. Se considera a un conjunto de individuos con oportunidades y condiciones de vida inferiores a las de otros grupos que también integran una sociedad dada. Se caracterizan por la distribución de la pobreza, la insatisfacción de las necesidades básicas, incluyendo las de salud. Los factores que permiten identificar a estos grupos, se refieren al acceso a los servicios públicos, la salud ambiental, la vivienda adecuada, la educación, el empleo y el ingreso.

Hecho Social. Acto, suma de ideas, identificaciones, lo constituye la conducta y el pensamiento colectivo del grupo o sociedad. Son irrepetibles.

Hospitalización. Servicio que la unidad hospitalaria proporciona a los pacientes internos utilizando sus camas censables o no censables para su atención médica o quirúrgica.

Información Veraz. Es la que corresponde a la realidad y es factible de corroborar.

Indicador, a la cifra o dato que deriva de un estudio, y se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto o un programa. Permite dimensionar u obtener valores de tipo cuantitativo o cualitativo.

Justicia. Todas las facultades, las leyes o decretos, las normas jurídicas, instancias, los tipos de gobierno resguardan y regulan el bien común dentro de la sociedad.

Lesión por causa externa. Es todo daño físico producto de cualquier agente externo, que produce un cambio pasajero o permanente, en uno o varios de los tejidos u órganos producto de un hecho de presentación rápida, imprevista, no repetido.

Morbilidad. Tasa que tiene como numerador la cantidad de enfermos en una población determinada durante un periodo y lugar específico y el denominador

representa la población donde ocurrieron los casos. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

Negligencia. Es la falta de cuidado, aplicación o exactitud de un hecho u omisión que perjudica a otro.

Procedimiento Médico. Se denomina así al conjunto de actividades que realiza el médico o el personal de salud para la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud.

Paciente. Beneficiario directo de la atención médica.

Paciente Ambulatorio. Es todo aquel usuario de atención médica que no necesite hospitalización.

Paciente Hospitalizado. El usuario que se encuentre internado en una unidad hospitalaria.

Personal de Salud... Son los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud autorizados para prestar servicios en una unidad de atención médica.

Personal Técnico y Auxiliar. Es todo aquel que apoya directamente al médico, de enfermería, trabajo social, dietología, psicología, de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Reingreso. Es el paciente que ingresa nuevamente a la unidad médica por la misma afección o diagnóstico, en el año.

Servicio de Hospitalización. Se llama al servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería a pacientes hospitalizados quienes por el problema de salud que presentan requieren de la observación y vigilancia permanente dentro del hospital.

Sociedad. Es una estructura social, donde las relaciones sociales permiten una comunicación entre individuos y grupos e instituciones sociales, pautas y normas de conducta, que deben ser estudiados con apoyo de la sociología.

Urgencias. Es todo problema médico-quirúrgico agudo que requiere atención médica por poner en peligro la vida, un órgano o una función del paciente.

Usuario. Es la persona que requiera y obtenga los servicios de atención médica, ambulatoria o de hospitalización.

Usuario Ambulante. Es aquella persona que recorre una institución y muchas más en la búsqueda de resolver un mismo problema.

Fuente: Normas Oficiales NOM-017-SSA2-1994; NOM-168-SSA1-1998; NOM-040-SSA2-2003.