

42
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INTERVENCION PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL AMBITO DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA

T E S I S
Q U E P R E S E N T A :
MARIA ISABEL ROJAS PEREZ
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción

CAPITULO I

México actual y las demandas sociales

I.1	Características socioeconómicas del Distrito Federal	1
I.1.1	Antecedentes históricos y jurídico-administrativos del desarrollo urbano del Distrito Federal y algunos aspectos económicos importantes	1
I.1.2	Aspectos Demográficos 1970-1980	8
I.1.3	Aspectos del Bienestar Social	10
I.2	Análisis y coyuntura de la Política Social en la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal	21

CAPITULO II

Asistencia Social Pública y Privada en el Distrito Federal

II.1	Aspectos históricos y conceptos de Asistencia Social	25
II.1.1	La Caridad	28
II.1.2	La Beneficencia	38
II.1.3	La Asistencia Social	49
II.2	Asistencia Social Institucionalizada	69
II.2.1	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	70
II.2.2	Junta de Asistencia Privada	71

CAPITULO III

Función Social de la Junta de Asistencia Privada

III.1	Origen y función social	73
-------	-------------------------	----

III.2	Dirección de Evaluación Asistencial	79
III.2.1	El Trabajador Social en la Junta de Asistencia Privada	80

CAPITULO IV

Caso práctico: Análisis de la situación asistencial en tres áreas de servicio que carecen de la intervención profesional del Licenciado en Trabajo Social.

IV.1	Planteamiento del Problema	85
IV.2	Hipótesis	85
IV.3	Objetivos	85
IV.4	Diseño de instrumentos	86
IV.5	Diseño de la muestra	86
IV.6	Recopilación de información y procesamiento de datos	87
IV.7	Análisis e interpretación de resultados	87

CAPITULO V

Programa alternativo de trabajo de la Dirección de Evaluación Asistencial de la Junta de Asistencia Privada	100
--	------------

CONCLUSIONES	112
SUGERENCIAS	115
BIBLIOGRAFIA	116

ANEXO I

Cuestionario

Anexo II

Gráficas

INTRODUCCION

Una de las grandes preocupaciones del Trabajador Social es codyuvar al Bienestar Social de las comunidades con las que tiene relación a quienes concibe como estructuras en permanente cambio; cuyo proceso tiene directa relación con la dinámica del Desarrollo .

El desarrollo entendido como un proceso de cambio que involucra a todos los sujetos y estructuras, exige la acción organizada del estado para conducirlo. Por lo que el desarrollo considerado como desarrollo económico y social tiene como premisa que ningún país puede alcanzarlo procurando uno y olvidando al otro.

Uno de los objetivos del Estado es garantizar los mecanismos de distribución de la riqueza entre la población para lograr óptimos niveles de vida; es decir, organizar una economía implica crecer económicamente y distribuir los beneficios, lo cual es la meta ideal a la que aspira una sociedad, donde la satisfacción de las necesidades sociales garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo tanto activa como potencial y en este proceso de cambio; los individuos no son agentes pasivos sino transformadores, participantes de la dinámica de cambio.

Estos objetivos del desarrollo se enmarcan en el Proyecto Político que determina el tipo de país al que aspiramos y que fundamenta lo que se considera como modelo de desarrollo, ante el cual el Estado funge como coordinador, es así que el

desarrollo se circunscribe a una política y ésta es respaldada por el Estado.

México se ha caracterizado a lo largo de su historia, por ser un País que no ha logrado satisfacer las necesidades sociales de las grandes mayorías.

La Asistencia Privada, ha tenido y juega un papel muy importante en la historia asistencial de México; porque através de Fundaciones y Asociaciones ha querido dar respuestas a los grandes desajustes del Sistema.

La Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal, (JAP) es el órgano semi-gubernamental que agrupa a dichos organismos, con el objeto de vigilarlos y asesorarlos en todo lo que se refiere en la Ley de Instituciones de Asistencia Privada.

La Asistencia Social, tradicionalmente, ha sido un campo de acción del Trabajador Social, hablar de uno es implicar el proceso del otro; pero en el ámbito de la Asistencia Privada, pese a su presencia milenaria, las cosas no han sido así. Por esto surge la inquietud de profundizar en el conocimiento de cómo se esta proporcionando, ya que el Trabajador Social es un sujeto capacitado para su dirección y asesoría; no por lo tradicional del universo de trabajo, sino porque finca su acción en la metodología científica y su quehacer en la problemática social.

Además de que el Trabajador Social y la Asistencia, convergen en la pretensión de coadyuvar al Bienestar Social.

El interés por rescatar la experiencia laboral en la Junta de Asistencia Privada, es con el objeto de proponer alternativas que mejoren las funciones de la Dirección de Evaluación Asistencial, considerando que es el área responsable de la vigilancia y asesoría de las instituciones de asistencia privada; y donde se ubica el trabajador social, pretendiendo con ello modificar también las funciones y actividades de este profesional en la Dirección y en el ámbito de las instituciones.

Con este planteamiento se llevará a que la Junta se cuestione y replantee su función social y a que promueva en las instituciones un cambio importante en las formas de atención a los grupos sociales, y que así mismo mejore las funciones que la Beneficencia le otorgó, es decir, que evalúe, coordine y promueva el desarrollo de la Asistencia Privada, y que no sólo controle.

En el presente trabajo se consideran tres momentos históricos de la vida social y que en esencia tienen gran relación e influencia con la Asistencia Privada actual: La Caridad, La Beneficencia y la Asistencia Social.

La Caridad se concibe como un conjunto de acciones fundamentadas en sentimiento de generosidad y piedad que asociados a un deber cristiano y argumentado en el amor a Dios, da origen a la atención en algunas de las necesidades de los grupos socialmente desfavorecidos, por lo que éstas en el conjunto del Problema Social no proporcionan soluciones.

La beneficencia es entendida como una función de la administración pública (1861) la cual tiene como función el control económico de los establecimientos de beneficencia, tratando de dar un orden y estructura al interior de los mismos; coexistiendo sentimientos caritativos y posturas de la filantropía sin que cause efecto en el plano social, ni en la atención de los beneficiados.

La Asistencia Social como actividad organizada y debidamente planeada debe tender a la promoción del individuo -sujeto social- cuya salud es afectada, procurando que alcance por sí mismo una vida productiva, lo cual tendrá trascendencia en la comunidad donde interactúe.

La Asistencia Privada son acciones de ayuda patrocinadas por entidades jurídicas que realizan actos humanitarios, dichas entidades se denominan Fundaciones y Asociaciones.

Por ello el contenido de este trabajo recepcional en el capítulo I, aborda un análisis político-social del Distrito Federal, ya que es el espacio geográfico donde se establecen las instituciones de asistencia privada.

El capítulo II, ubica los tres momentos de la ayuda social en el Distrito Federal, a saber la Caridad, la Beneficencia y la Asistencia Social, para concretar con el aspecto institucional de lo público y lo privado.

En el capítulo III se refiere en forma especial a la Junta de

Asistencia Privada, analizando su origen y función social, haciendo énfasis en la Dirección de Evaluación Asistencial donde se ubica el Trabajador Social.

El capítulo IV, contiene la investigación en tres áreas de servicio con mayor demanda en la JAP: casa hogar para ancianos, casa hogar para niños y adolescentes y los servicios de ayudas económicas.

El capítulo V, propone un Programa de Trabajo para la Dirección de Evaluación Asistencial, el cual pretende dinamizar la intervención del Trabajador Social.

CAPITULO I. DISTRITO FEDERAL Y DEMANDAS SOCIALES.

I.1. Características socio-económicas del Distrito Federal.

La síntesis que se presenta a continuación es una aproximación a la realidad socio-económica del Distrito Federal.

En la caracterización se exponen antecedentes históricos y jurídico-administrativos, así como aspectos demográficos económicos y de bienestar social, pero dada la ausencia de información actualizada y suficiente sobre estos aspectos es factible encontrar en ella limitaciones con ese carácter.

I.1.1 Antecedentes históricos y jurídico-administrativos del desarrollo urbano del Distrito Federal y algunos aspectos económicos importantes.

La historia administrativa de la Ciudad de México, inicia en 1521 con la llegada de los españoles a México-Tenochtitlán, lugar que es prácticamente destruido y sobre el cual se rige la nueva ciudad, Coyoacán es el sitio donde se instala el ayuntamiento de la Ciudad, el cual se constituye en capital de la Nueva España.

En la nueva ciudad se trazan las calles y las plazas; los terrenos para habitaciones; el cabildo; la fundición; la horca y la picota, todo lo necesario para la naciente Ciudad que a través de los años se fué transformando. Así en 1524 contaba con una superficie de 2.7 km² y una población de 30,000

habitantes entre indígenas y españoles. *

En 1800 la mancha urbana se expande principalmente hacia Tacuba y Azcapotzalco, la superficie es para entonces de 10.7 Km² y una población de 137,000 habitantes.

La Ciudad de México con la Constitución de 1824, refuerza su importancia al conferírsele la albacca de los Poderes de la Federación; al Congreso de la Unión se le faculta para que elija el lugar que con carácter de Distrito Federal, albergaría los poderes federales, tal hecho se da por decreto el 20 de noviembre de 1824, siendo Presidente Guadalupe Victoria.

La población que habitaba la ciudad en el año de 1846, constituía una cifra de 240,000 personas. A través del tiempo la mancha urbana continuó creciendo al norte, consolidándose sobre el área de Tlatelolco, por el este continuó la expansión al límite del Albarradón de San Lazaro, pero abarcando los barrios de los indios ubicados en los alrededores, hacia el sureste, avanzó cerca del Río Magdalena; al oeste y noreste siguió por la calzada de Tacuba, formándose lo que se llamó México Nuevo y la Colonia Francesa, hasta llegar a Tacuba.

Para entonces la superficie urbana era de 14.1 Km² y pueblos como Guadalupe Iztacalco, Iztapalapa, Tlatapan, Xochimilco, Tacubaya, Mixcoac, San Angel, Coyoacán y Tláhuac, se destacaron por haber crecido significativamente, ya que eran pueblos

* cfr. - "Diagnóstico sociodemográfico del Distrito Federal."

vecinos o cercanos a la ciudad.⁴

Hacia 1880 en la época Porfirista, con la introducción del ferrocarril se originaron dos situaciones importantes sobre el sistema urbano: se logró la interconexión con las ciudades del norte al conjunto de las ciudades del Altiplano y por otro lado se favoreció la centralización de las finanzas públicas y el libre acceso de los capitales extranjeros, situaciones que se aunaron al desarrollo artesanal que a mediados del siglo se dan en la ciudad, para traer posteriormente cambios importantes. Todos estos procesos dieron pauta para que en la ciudad capital se centralizará la vida nacional.

Con la Ley de Organización Política y Municipal del Distrito Federal en 1903, se dió origen a la creación de 13 municipalidades: México, Guadalupe Hidalgo, Azcapotzalco, Tacuba, Tacubaya, Mixcoac, Cuajimalpa, San Angel, Coyoacán, Tlalpan, Xochimilco, Milpa Alta e Iztapalapa. Hasta estos años la expansión de la mancha urbana no generaba significativamente problemas de tipo social, económico o político, ya que se venía desarrollando como un proceso natural de crecimiento de una ciudad que empezaba a florecer como resultado de las condiciones del país, tanto históricas como económicas, políticas y culturales. Este aparente equilibrio se pierde en 1910 con la lucha armada, tiempo en el cual los diferentes

⁴ Cfr.- "Diagnóstico sociodemográfico del Distrito Federal"

D. D. F. Secretaría General de Gobierno. México, 1964.

grupos revolucionarios asientan sus poderes en otras ciudades y hasta 1916 el país vuelve a recuperar su poder político y administrativo con la entrada de los carrancistas a la ciudad.

Otro hecho histórico relevante ocurre con la Constitución Política de 1917, en su artículo 73, fracción VI donde se estableció como facultad del Congreso de la Unión, el legislar en todo lo concerniente al Distrito Federal y Territorios, también se fijaron las bases de su organización política, al dividirlo en municipalidades; cada una administrada por el Ayuntamiento, el cual se elegía por voto popular directo, situación que no duro mucho porque en la década de los veinte ocurren hechos que transforman esa disposición.

Hasta ese momento diversos hechos propiciaron la supremacía de la ciudad de México.

- Centralismo Político
- Concentración de las finanzas y capitales extranjeros
- Concentración de actividades productivas
- Contar con la mejor infraestructura vial y de servicios para ese tiempo.

También cabe mencionar y reflexionar que todos estos procesos son consecuencia del modelo de desarrollo seguido desde el porfiriato; es decir, el crecimiento hacia afuera, que sufre cambios radicales con la crisis de 1929-1932, promoviendo el desequilibrio político, económico y social inminente; entre los

efectos tenemos: abundancia de mano de obra barata, atención de mano de obra prioritaria a la industria y rezago de la actividad agropecuaria además, se abre y sobre-protege el mercado, se ocasiona mayor concentración de la población que habitaba en los tugurios hacia zonas periféricas de la ciudad. Entrando a los cuarentas, a finales de 1941 se expide la primera Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal, la cual establece las normas sobre su organización, funcionamiento y delimitación territorial, determinando una nueva división geográfica; la ciudad de México y doce Delegaciones políticas. La década de 1940-1950 se caracteriza por un crecimiento natural y social de la población, crecimiento de la producción industrial principalmente en el norte de la entidad y en el perímetro colindante con el Estado de México.*

" La política de industrialización a ultranza y la apertura de zonas de riego en la parte noroeste del País, el detrimento de las regiones agrícolas tradicionales del centro, provocaron fuertes corrientes de inmigrantes hacia la ciudad de México, lo cual dió como resultado que en 1959 se duplicaran tanto la superficie como la población con respecto a 1940, se llegó a 240.6 kms² y a 3 millones 49 mil 561 habitantes " **

* Cfr. -"Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

D. D. F. Secretaría General de Gobierno. México, 1964.

** "México, Secretaría General de Gobierno. Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal." México, 1964 p. 14

Por tanto aparecen como resultado los barrios de Tlatilco, Nonoalco, Tepito, Garibaldi, la Merced y la Candelaria de los Patos, formando lo que se llamaría " La Herradura de los tugurios ", esos barrios fueron establecidos por campesinos que buscaban una mejor forma de vida, atraídos por la esplendorosidad de la ciudad capital. También la mancha urbana se expande hacia el oriente en Iztacalco e Iztapalapa, en el sur, en Coyoacán y Magdalena Contreras y por el norte penetró incipientemente en los municipios de San Bartolo Naucalpan y Ecatepec en el Estado de México.

" Alrededor de 1950-1960 una avalancha de migrantes forman un cinturón de miseria , alrededor de la ciudad de México, muchos kilómetros más atrás de la primera herradura de tugurios, se integra por pobladores del Cerro de la Villa, Iztacalco, Iztapalapa, Copilco, Pedregal de Carrasco, Minas de Tacubaya, Palo Alto, La Romana, entre otras, que poco a poco son absorbidos por fraccionamientos residenciales y expulsados a otros sitios..." **

Observamos entonces que en 1960 el proceso de urbanización se acentúa en los municipios de San Bartolo Naucalpan, y Ecatepec en el Edo. de México, comenzando a urbanizarse Nezahualcóyotl y Tlalnepantla. En ese año la superficie urbana en la entidad abarcó 304 kms.²

** Gomezjara, Francisco A. "Sociología" 11a. ed. Porrúa
México 1988 p. 292.

En 1970 la mancha urbana continuó avanzando por los diversos puntos de la ciudad, desacelerándose en el norte y cobrando auge por el sur que se había mantenido en un crecimiento más lento con respecto al norte, así se poblaron las áreas cercanas a Ciudad Universitaria y la calzada de Tlalpan al sureste el pueblo de Xochimilco quedó conurbado, por el suroeste se incorporarán al Área urbana grandes zonas de los pedregales debido al auge urbano del sur. En ese año, el 17 de Diciembre, la Comisión de Planificación del Distrito Federal la declaró zona de veda para que el desarrollo se volcara hacia el Estado de México, en los municipios ya señalados y otros que al paso del tiempo se fueron adhiriendo a la zona metropolitana, esos municipios fueron: Chimalhuacán, Cuautitlán, Coacalco, Huixquilucan, La Paz y Cusutitlán Izcalli.*

También en ese año, se modifica la Ley Orgánica del Distrito Federal, afectando su división política-administrativa ya que desaparece la ciudad de México y en su lugar se forman cuatro delegaciones, a partir de entonces el Distrito Federal quedó subdividido administrativamente en 16 Delegaciones políticas; Alvaro Obregón, Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa de Morelos, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco.*

* Cfr. - "Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

I.1.2. ASPECTOS DEMOGRAFICOS 1970-1980.

El crecimiento demográfico del Distrito Federal ha sufrido variantes a lo largo de su historia, la distribución y dinámica de su población se han caracterizado por estar en permanente inter-influencia.

El Distrito Federal en 1980 tenía una población de 9.2 millones de habitantes, de la cual el 38,08% lo constituía la población de 0-4 años, el 52,48% de 15-64 años y el 3,44% la población de 65 años y más.

Referente al espacio promedio de que dispone un habitante en su área de residencia, encontramos que en 1980 la densidad fue de 5,891.3 habitantes por kms². Las delegaciones que se encontraron por encima de ese indicador fueron: Iztacalco, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Benito Juárez, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Miguel Hidalgo, Iztapalapa y Coyoacán, con densidades que van desde 26,116.2 habitantes por kms² para la primera mencionada hasta 10,088.3 en la última Delegación política referida.*

La distribución por sexos en el año de 1980 alcanzó la cifra de 48 % para la población masculina y el 52% lo constituye la población femenina. La tasa de fecundidad desciende a 3.8 hijos por mujer, mientras que la tasa de natalidad fue de 32.9 nacimientos por cada 1000 habitantes.*

* Cfr. "Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

La tasa de mortalidad tuvo un descenso del 41 % al pasar de 9.6 a 5.6 defunciones por cada 1000 habitantes durante 1970-1980, las reducciones más notables se dieron en los grupos comprendidos entre 0 y 14 años de edad, no obstante a que la mortalidad infantil es la más alta dentro de ese grupo. Las principales causas de mortalidad fueron las de tipo biológico, en el período neonatal hasta 27 días de vida, y en el post-neonatal, de 28 días a 11 meses de edad; causas socioeconómicas como la falta de higiene, alimentación deficiente, accidentes e infecciones, son algunos de los factores que determinan la mortalidad.

En 1970 el 44 % de la mortalidad infantil correspondió al período neonatal y 56 % al postneonatal, mientras que en 1980 se invierte la situación: un 54 % y 46 % respectivamente.

En la década de 1970-1980, la esperanza de vida al nacer para la población del Distrito Federal, aumentó 7.8 años para la población masculina y 7.3 para la población femenina.

En el período referido, la tasa anual de crecimiento social se convierte en negativo, el Distrito Federal pasa a ser una entidad expulsora de población al perder un poco más de 700 mil habitantes; sin embargo, su crecimiento natural se incrementó en 2 millones 658 mil personas; así la entidad se caracteriza por tener una parte significativa de su población como flotante; es decir, que labora y demanda todo tipo de servicios sin residir en ella, situación que modifica el

concepto tradicional de considerar al Distrito Federal como el punto de atracción de residencia para la población.

I.1.3. ASPECTOS DEL BIENESTAR SOCIAL.

En 1980 la población económicamente activa (PEA) del Distrito Federal representó el 37.51% del total; la población económicamente activa por sexos para este mismo año, indica 49.84 % para la población masculina y el 26.15% la población femenina.

Por grupos quinquenales de edad en 1980, el 35.5% de la PEA total se ubicó en el grupo de los 20-29 años. En cuanto a la distribución por sexos, la representatividad se localizó en los grupos de 20 a 34 años, en el caso de los hombres y de las mujeres, entre los 15 y 29 años.*

Estos índices nos permiten observar que la población femenina se incorpora a la actividad económica a edades más tempranas que los hombres, una causa podría ser la necesidad económica en su grupo familiar, y por ende la conveniencia de cursar carreras cortas que generalmente las capacita para el sector de los servicios. Además de considerar la incapacidad del Sistema Educativo para dar respuesta a la Demanda Social en este rubro del Bienestar Social, tanto en el nivel medio superior como en el superior.

* Cfr. - "Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

La distribución de la PEA, en 1970 se orientó hacia el norte de la entidad como resultado del proceso de industrialización, las delegaciones afectadas fueron: Gustavo A. Madero con una cifra de 15.8%, Cuauhtémoc 15.7 %, Venustiano Carranza 10.5 %, Miguel Hidalgo con un 10.4 %, Benito Juárez y Azcapotzalco con un 10.6 % y 7.3 % respectivamente, en 1980 la PEA además se distribuye un poco más hacia el sur, por lo que otras Delegaciones registran datos de PEA en su interior, distribuyéndose como sigue: Gustavo A. Madero 16.2%, Iztapalapa 13.1 %, Cuauhtémoc 10.7 %, Venustiano Carranza 8.0 %, Benito Juárez 7.5 %, Alvaro Obregón 7.1 %, Miguel Hidalgo 6.9 %, Coyoacán 6.9 % y Azcapotzalco 6.4 %.*

Las concentraciones de la PEA se pueden comprender al relacionar el hecho con la localización geográfica de los sectores de la economía; al norte tenemos la actividad industrial y los servicios al centro.

Recordando que la PEA en el Distrito Federal en 1980 representó el 37.51% del total de su población, cabe mencionar que en relación al subempleo el 10.7% estuvo en esta situación y el 11.7% de la PEA estuvo desempleada.*

En cuanto a la distribución del ingreso, en 1970, tenemos que el 47.1 % de la PEA percibía hasta un mes de salario mínimo.

* Cfr. - "Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

D. D. F. Secretaría General de Gobierno. México, 1984.

esto es 32 pesos diarios (960 al mes) mientras que en 1980, el 80% de los trabajadores que habitan en Milpa Alta, Cuajimalpa, Iztapalapa, Xochimilco y Tláhuac percibieron 1.8 veces el salario mínimo de ese año (163 pesos diarios -8,802-pesos al mes), las restantes Delegaciones se encontraron entre los ingresos medios y altos.

Estos índices carecen de sentido si no los ubicamos en el vivir cotidiano; el bienestar integral del hombre, está en función de su nivel de ingresos, lo cual le permitirá o no satisfacer amplia ó mínimamente las necesidades esenciales.

La ley Federal del Trabajo, en su artículo 562, apartado "D", describe que el salario mínimo debe ser:

"El presupuesto indispensable para la satisfacción de las siguientes necesidades de cada familia, entre otras: las de orden material, tales como la habitación, manejo de la casa (muebles, equipo de cocina, etc.) alimentación, vestido y transporte, las de carácter social y cultural, tales como la concurrencia a espectáculos, prácticas de deportes, asistencia a escuelas de capacitación, bibliotecas, y otros centros de cultura; y las relacionadas con la educación de los hijos".

A este conjunto de satisfactores o mínimos de bienestar se le ha denominado a partir de 1976 "Canasta Básica" (en este año el salario mínimo real empieza a disminuir considerablemente) y de

la cual, diversas instituciones y organismos han opinado sobre lo que debería contener, de donde surgen dos tipos de canasta de consumo popular.

1) CANASTAS REALES.- Son elaboradas a partir de encuestas sobre lo que la gente de determinado lugar y estrato social consume realmente en su vida cotidiana. Su función ó propósito general es contar con la información que sirva para conocer cuanto a aumentado ó disminuido la capacidad adquisitiva del salario, que se está consumiendo, en su caso que se ha dejado consumir ; por lo tanto, se trata de Canastas de carácter informativo.

2) CANASTAS RECOMENDABLES.- Son elaboradas con base en información proporcionada por instituciones autorizadas respecto a las condiciones necesarias (materiales, sociales, culturales) para que la población tenga un consumo adecuado. "Su función...es proponer que se debe consumir, a efecto de alcanzar un determinado nivel de bienestar social".* Su carácter es normativo.

Con este carácter en 1982-1983, instituciones gubernamentales, propusieron tres canastas de consumo integral, dos de ellas son: la Canasta de la Comisión Nacional de Salarios Mínimos que sirve como punto de referencia para negociar el aumento de salario mínimo; y el paquete básico de consumo popular, definido

* México, Centro de Estudios del Trabajo, A.C. "Salarios Mínimos y Canasta Básica". México 1983 pág 12 y 13.

por la SECOFI, en diciembre de 1982.

La Canasta de "Consumo Social" del Instituto Nacional del Consumidor (INCO. Noviembre de 1982) se compone de los elementos siguientes:

- Alimentos (no se especifican)

- Educación
 - . papelería y útiles escolares
 - . equipo educativo
 - . otros

- Salud y Seguridad Social
 - . medicamentos
 - . servicios médicos profesionales
 - . otros

- Vivienda y enseres
 - . casa ó departamento
 - . muebles
 - . cobertores
 - . aparatos electrodomésticos
 - . servicios

- Vestido y Calzado
 - . ropa
 - . calzado
 - . otros

- Recreación y Esparcimiento
 - . medios de recreación
 - . club y deportivos
 - . servicios de hotel y restaurant
 - . paseos
 - . vacaciones

Transporte

- . público
- . privado
- . accesorios y combustibles
- . otros

La mencionada normatividad, en el contexto de la injusticia social; la distribución de la riqueza, el ingreso real del pueblo y los salarios del trabajador mexicano en su condición económica y social, no tiene sentido mientras la realidad refleje que millones de mexicanos sobreviven; la mayoría, categóricamente, está lejos de cubrir los satisfactores esenciales y por ende una vida humana y digna, esa mayoría son los trabajadores del salario mínimo, y aún los que perciben hasta tres veces el salario mínimo, cuya familia se compone de más de seis miembros y a los que podríamos considerar como grupos que no cubren una canasta amplia o integral.

El informe económico anual de la Confederación de Trabajadores Mexicanos lo reafirma al mencionar que pese al Pacto de Solidaridad Económica, el poder adquisitivo del salario mínimo disminuyó en 40 % durante el sexenio 82-88, el índice de precios de la Canasta Básica se incrementó en más de 40 %, por lo que el poder de compra de los trabajadores disminuyó ocasionando que los niveles de pobreza y desnutrición se elevaran.

Pese al pacto, aún no se alcanzan a cubrir los déficits en lo que se refiere al Bienestar Social, aunque existen

políticas gubernamentales que tienen el propósito de cumplir con ese objetivo.

Una política importante es la referida al problema de la vivienda, de ella surgen INFONAVIT, INDECO Y FOVISSSTE, aunque no han logrado todo el impacto esperado ya que excluyen a la población no asalariada y, a la que gana menos de 2.5 veces el salario mínimo; así vemos como a partir de los setentas la autoconstrucción se caracterizó como una solución viable al problema.

En 1980 más del 65 % de las viviendas han sido construidas por sus habitantes sin una asistencia adecuada, ubicadas en colonias donde faltan servicios de infraestructura, en zonas lejanas a las fuentes de trabajo y, con irregularidades en la tenencia de la tierra.

El déficit estimado para 1980 en el Distrito Federal fue más de medio millón de viviendas, déficit que se agrava con los sismos de 1985, año en que surgen cuatro Programas de Reconstrucción de la Vivienda.

En la Ciudad de México las zonas que resultaron dañadas por los sismos fueron: El Centro de la Ciudad y las Delegaciones de Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, B. Juárez, Coyacacán, Venustiano Carranza.

Los cuatro programas de reconstrucción de vivienda que llevó a cabo el gobierno mexicano fueron:

- El programa de Renovación Habitacional Popular que atendió aproximadamente a 45 mil familias del Centro de la Ciudad de México, área donde se llevó a cabo la expropiación. Se previó que para 1987 se entregarían 28 mil 303 viviendas nuevas, 11 mil 649 rehabilitadas y 4 mil 488 con recuperaciones menores.

- El programa Emergente de Vivienda, atendió en la fase I a 12 mil 488 familias de servidores públicos, que resultaron afectados en su vivienda por el sismo, en la Fase II, se proporcionó a 7 mil 971 familias organizadas en grupos de arrendatarios, para reparar la vivienda o bien adquirirla en propiedad.

- El programa de Reconstrucción Democrática de Tlaltelolco avanzó reparando 5 mil departamentos de la unidad que sufrieron daños menores, en la rehabilitación de las estructuras de 32 edificios que registraron daños mayores y en la demolición de 8 con daños irreparables.

- El programa de Vivienda de Organismos no gubernamentales, atendió a 1,049 familias, por lo que el Gobierno Federal decidió extender a esos organismos los beneficios fiscales y el apoyo administrativo de los programas de vivienda, esos organismos fueron Cruz Roja Internacional y Mexicana, El Patronato Nacional de Promotores Voluntarios, la Fundación para el apoyo a la Comunidad, A.C., el Centro Cívico de Solidaridad y la UNICEF.

Un problema paralelo a la falta de vivienda es el hacinamiento en el Distrito Federal en zonas centrales e intermedias, en vecindades y asentamientos irregulares ubicados en delegaciones que presentan cambios bruscos en el uso del suelo de rural a urbano, de este encontramos los siguientes datos:

Iztacalco y Azcapotzalco, con índice de hacinamiento de 3.19 y 3.18 personas por cuarto respectivamente, Cuajimalpa, Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac, con índices de hacinamiento de 17.4, 11.5, 10.0 y 10 personas por cuarto respectivamente.

El suelo urbano del Distrito Federal se caracteriza por una mezcla de zonas industriales, comerciales y de oficinas y el establecimiento de amplias áreas habitacionales que no cuentan con la infraestructura o servicios requeridos, las cuales contrastan con las residencias que gozan de un superávit. El 60% de suelo urbano se ocupara la vivienda, de este porcentaje un poco más de la mitad, lo ocupan las zonas de vivienda plurifamiliar (departamentos, vecindades y lotes ocupados por mas de dos familias.) *

1,747,102 de las cuales, el 93.2% contaba con agua, el 97.4% con electricidad y con drenaje el 85.0%.

El 60% del suelo urbano se ocupa para la vivienda, de este porcentaje un poco más de la mitad, lo ocupan las zonas de vivienda plurifamiliar (departamentos, vecindades, y lotes ocupados por más de dos familias).*

* Cfr. - "Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

D. D. F. Secretaría General de Gobierno. México, 1984.

En el campo educativo en términos absolutos, la cifra de analfabetas en 1980 fue de 324,248 personas, comprendidas en los grupos de 15 años. El analfabetismo en el Distrito Federal, representa el 6% del total de la población que tiene 15 años y más.*

Las delegaciones con mayor porcentaje de analfabetismo son: Gustavo A. Madero con 17.06%, Iztapalapa con 17.13% y Alvaro Obregón con 8.94%, las de menor porcentaje son Milpa Alta y Cuajimalpa con 1.13% y 1.58% respectivamente.*

En cuanto al equipamiento por delegaciones para atender la demanda de educación primaria y secundaria, se encontraron menores déficits en Magdalena Contreras, Cuajimalpa y Milpa Alta, en Alvaro Obregón y Xochimilco se presentaron mayores déficits.

En general la falta de capacidad para atender la demanda educativa del nivel secundario en el Distrito Federal se presenta como una situación difícil, ya que sólo el 50 % de la población entre 12 y 16 años de edad logra inscripción.*

Las deficiencias en el servicio de transporte han constituido un problema que ha cobrado relevancia en la entidad. Se ha estimado que hay una demanda de aproximadamente 21 millones

* Cfr. - "Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

viajes-persona-diario, la cual es satisfecha en un 77 % con el transporte colectivo y en casi 20 % con transporte particular.* La deficiencia en el transporte colectivo ha propiciado que la población que trabaja dedique en promedio más de dos horas para su traslado, reduciendo el tiempo de descanso y convivencia con su familia. Además se ha incrementado el uso del automóvil particular en forma considerable provocando mayores dificultades en la vialidad.

La circulación excesiva de automóviles se ha convertido en un problema de contaminación ambiental; las emisiones de humo rebasan los 2 millones 900 mil toneladas de contaminantes al año, equivalentes a 8 mil toneladas diarias. La contaminación industrial genera un millón de toneladas anuales, de las cuales el 40 % está constituido por bióxido de azufre, que representa un evidente peligro a la salud, ya que el bióxido de azufre produce daños cerebrales y el bióxido de plomo también, especialmente en los niños.*

Otro factor contaminante es la basura, que se genera en promedio de un kilogramo por habitante, situación que se manifiesta en 8 mil 831 toneladas diarias de desechos sólidos. Entre las delegaciones más afectadas por la contaminación ambiental se encuentran: Azcapotzalco y Gustavo A. Madero, por estar ubicadas en la zona de elevada densidad industrial. Otra

* Cfr. - "Diagnóstico Sociodemográfico del Distrito Federal"

área elevada en contaminantes, es la zona formada por las delegaciones Benito Juárez, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza, por ser zona de cruce y por concentrar las actividades comerciales y los servicios administrativos.

La situación descrita es una aproximación a la realidad capitalina y punto de referencia para analizar la dimensión de la problemática social existente en este complejo llamado Distrito Federal.

Ahora es importante señalar las alternativas, que en el marco del Proyecto Político el Estado ha diseñado para afrontar la marginalidad social.

I.2 Análisis y coyuntura de la Política Social en la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal.

La situación político social antes descrita, caracteriza también a la sociedad como un complejo dinámico, heterogéneo y contradictorio inserto en un Sistema, ante el cual el Estado asume la actitud de regular, reglamentar y asegurar el funcionamiento y reproducción del mismo.

Sabemos que en el plano teórico, al Estado se le define como la estructura jurídico política que tiene el propósito de conducir a través de un determinado camino el proceso de desarrollo; y que éste ha sido el proyecto político por medio del cual el Estado logra sus fines y ejerce su poder.

Uno de los fines es generar los bienes y servicios socialmente

necesarios que garanticen la satisfacción de necesidades sociales, pero tal condición no se logra de la misma manera para los diversos grupos sociales, ya que está en función de la capacidad de compra o acceso a los servicios sociales, de aquí que la Asistencia Social se vea como una estrategia para atenuar las desigualdades sociales y un medio de incorporar a los individuos a una vida productiva en lo económico y social. El gobierno Salinista pretende dar especial atención a los afectados de la crisis sobre las grandes mayorías, por lo que el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 refiere que se concederá prioridad especial a las zonas marginadas tanto urbanas como rurales.

Respondiendo a tal compromiso, se ha diseñado el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), cuyo objetivo es erradicar la pobreza extrema. Una de las líneas de política del PRONASOL es:

"movilizar a la sociedad en apoyo a la erradicación de la pobreza extrema con la colaboración directa de asociaciones profesionales, organizaciones sociales, instituciones académicas, jóvenes profesionistas, agrupaciones sindicales y empresariales, con el compromiso de que todos participen en la medida de sus posibilidades y campos de acción propios, sumando esfuerzos, aprovechando experiencias, información, opiniones y trabajo directo;"

Es entonces, desde donde se considera el enlace de la Junta de

Asistencia Privada con la Política Social del Proyecto Político, considerando las funciones que la Ley en la materia le confiere; y aquellas que se adhieren con la Ley General de Salud.

La Ley General de Salud refiere que el Sistema Nacional de Salud, se conforma por las distintas dependencias y entidades públicas de los tres niveles de gobierno y de los sectores social y privado, el Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de mecanismos de coordinación tendiente a dar cumplimiento al nuevo derecho social. (Derecho a la protección de la salud).

El Sistema Nacional de Salud así entendido tiene siete objetivos prioritarios: prestar servicios de salud a toda persona; contribuir al desarrollo demográfico; coadyuvar al Bienestar Social mediante la Asistencia Social a grupos vulnerables; impulsar el desarrollo de la Familia y la comunidad; mejorar las condiciones sanitarias del ambiente; promover un Sistema Nacional de Recursos Humanos para la Salud y participar en el cambio de patrones culturales en el ámbito de la Salud.

Considerando este marco legal, político y social, se cuestiona el papel de la Junta en su vinculación con el proyecto general y sobre todo: ¿ cómo se insertan las Instituciones de Asistencia Privada, en el plano social del País ?; ¿ cómo están respondiendo a los objetivos planteados para el Sistema Nacional de Salud ?; y más aún ¿ cuál es el impacto de sus

servicios en las necesidades sociales ?; ¿ qué respuestas se estructuran para responder a una problemática compleja, como lo es la marginación social ?; ¿ mediatizan o realmente inciden en ella ?.

La Junta de Asistencia Privada y los organismos que a ella se adscriben son parte del Sistema Nacional de Salud, lo que implica buscar las estrategias acordes a las necesidades y realidad de los sujetos sociales, además de contar con la infraestructura asistencial y recursos humanos capacitados.

CAPITULO II. ASISTENCIA SOCIAL PUBLICA Y PRIVADA EN EL DISTRITO FEDERAL.

II.1 Aspectos históricos y conceptos de Asistencia Social.

La "ayuda social" ha pasado por diversas etapas, en cada una encontramos formas, hechos e ideologías que fundamentan la práctica de esa ayuda, en cada periodo son discrepantes pero cada una en sí, es reflejo del contexto histórico de la época. Por lo tanto las características resultantes son una experiencia en el tiempo para comprender la influencia y evolución política, social, económica e institucional que ha tenido la Asistencia Social; concomitante a éstos se podrán observar las distintas prácticas de ayuda social: Caridad, Beneficencia y Asistencia Social.

Los diferentes escenarios o momentos históricos que abarcaremos en la evolución de la acción del hombre a favor del hombre son:

1. Epoca precortesiana
2. La Colonia
3. Independencia de México
4. La Reforma
5. Porfiriato
6. Revolución Mexicana
7. Gobiernos de la Revolución Mexicana.

En la época prehistórica resalta el pueblo azteca por su organización política, social, económica y jurídica cuyos propósitos se encaminaron a la conservación de la Familia y al

engrandecimiento nacional; los principales valores que se inculcaban a los niños y jóvenes fueron la obediencia, la honradez, la sumisión, la honestidad, el respeto a los mayores y a los ancianos. Los aztecas fueron notables en los ejercicios físicos, buscaban por medio de ellos, el desarrollo y la esbeltez del cuerpo, y las cualidades propias de una Nación guerrera como la suya; por ello la escuela se encargó de la educación física de los niños y jóvenes.*

En cuanto al aspecto educativo, Helia D'Acosta refiere:

"Hasta los quince años, la educación dependía de la familia, pero de allí en adelante el adolescente pasaba al control del Estado, que acababa de instruirlo en sus deberes..."*

Los servicios médicos de los aztecas alcanzaron un desarrollo extraordinario y positivo, curaban luxaciones y fracturas, enfermedades de la piel, de los ojos y de los oídos. La base de la Medicina era la flora y la fauna. Según historiadores había hospitales en Tenochtitlan, Cholula, Tlaxcala, Texcoco y las grandes ciudades del Altiplano.

Moctezuma II mandó construir un hospital para enfermos incurables y otro para leproso, así como una casa para ancianos y desamparados; también estableció un nosocomio en Culhuacán para inválidos o inutilizados de la guerra y otro en Texcoco, ambos se sostenían por fondos del Estado y por los Reyes.

* Cfr. - D'Acosta Helia, "Una cuna, un libro, una sonrisa."

" Para la sociedad Náhuatl, la vejez otorgaba todos los derechos, lo mismo a los hombres que a las mujeres, situación que tenía un amplio apoyo popular, pues la mayor parte de las concesiones otorgadas a los ancianos eran honorarias..." **

Los aztecas contaban con servicios de ayuda a los débiles sociales, donde el Estado tenía la obligación de protegerlos como un principio de su cultura y organización política y social; mencionados servicios tuvieron matices propios de la asistencia (médico, jurídico, económico, educativo y propiamente social).

Estos pueblos no conocieron la mendicidad, ya que el producto del trabajo, se repartía en los sujetos necesitados, después de haber separado lo suficiente para consumir en el año, se entregaba tanto para solteros como para casados, enfermos, etc.; la explotación, la pobreza y el sufrimiento llegaron al consumarse la conquista, cuando los pueblos fueron despojados de sus tierras y propiedades, de su trabajo y costumbres, de su dignidad y valor.

** Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et. al. "La Salud en México: Testimonios 1900, tomo III, Vol. 2. Biblioteca de la Salud, México 1900, p. 10.

II. 1.1 La Caridad

Con la toma de Tenochtitlán por los españoles en 1521, se inicia la vida colonial, tomando el Anáhuac el nombre de Nueva España.

La mayoría de los naturales sobrevivientes quedaron bajo el control de los encomenderos, aparecieron epidemias, hambre y las necesidades se multiplicaron.

Durante la Colonia al aspecto dominante de la acción del hombre a favor del hombre, fue la Caridad Cristiana que sobrevivió 3 siglos, cuyo fin concreto era obtener la debida recompensa en el cielo o simplemente cumplir con un deber cristiano. Este concepto religioso hizo construir numerosos establecimientos en atención a los necesitados física y socialmente.

Así encontramos cómo el propio Hernán Cortés funda el Hospital de la Purísima Concepción o Jesús Nazareno en 1524 que más tarde se le conoció como el Hospital de Jesús, que tenía un carácter general, para todas las enfermedades menos las contagiosas; este hospital era exclusivo para españoles.

Se fundó también en 1526 por Hernán Cortés, en terrenos de la Tlaxpana un leproario, así como un hospitalito llamado del Amor de Dios pero en el año de 1540, ambos también eran exclusivos para españoles; el del Amor de Dios era para sífilíticos y su fundador el obispo Zumárraga.

Pasado el período de gobierno de Cortés, de Luis Ponce, Marcos de Aguilar, Alonso Estrada, Gonzalo de Sandoval y de la primera

Audiencia (organismo jurídico y administrativo compuesto por un presidente y cuatro oidores),

llega a la Nueva España en los comienzos de 1531, la Segunda Audiencia, presidida por Sebastián Ramírez de Fuenleal, en la que figuraba como oidor Don Vasco de Quiroga, letrado ilustre que había sido escogido por orden del Rey Carlos V para ayudar a los indios y corregir los abusos que había cometido la primera Audiencia.

Don Vasco decidió que los indígenas debían ser agrupados en comunidades que llamó Hospitales, y al lugar donde estableció esas fundaciones las llamó Santa Fe.

En los hospitales de Santa Fe se atendió a los indios con casi todos los géneros de hospitalidad, lo cual podría ser sinónimo de lo que hoy entendemos por Asistencia Social.

Don Vasco de Quiroga fué el primero en fundar esta clase de instituciones:

un hospital, una cuna o asilo para niños expósitos, y un colegio, todos cercanos a la ciudad de México.

Los pobladores de los hospitales labraban la tierra de que habían sido dotados por el fundador y la Corona de España, desempeñaban diferentes oficios, de cuyos trabajos obtenían para atenderse a sí mismos.

La organización y funcionamiento de los hospitales, tienen las siguientes ordenanzas:

" a. Ofrecer a los necesitados que vivían en el hospital bases económicas y educacionales para que por sus propio

esfuerzo colectivo resolvieran sus problemas y llegaran a ser elementos activos de la producción en lo posible y del consumo en lo necesario, principalmente dentro del hospital y también fuera de él.

b. No dejar desarrollar en los pobladores del hospital o suprimir en ellos el deseo egoísta de apropiación individual de los medios de producción y de los artículos obtenidos por el trabajo común.

c. Procurar la buena utilización del tiempo en trabajos útiles a la comunidad y en recreaciones necesarias.

d. Exigir de cada miembro del hospital trabajo colectivamente útil según su capacidad y con duración no mayor de seis horas diarias y darle productos según su necesidad.

e. Procurar la buena utilización de los productos del trabajo para atender las necesidades primordiales de la colectividad y del individuo, evitando la distracción de esos elementos en satisfacer malos hábitos y vicios y procurando la sobriedad y el alejamiento del lujo.

f. Permitir el trabajo y el usufructo particulares e indefinidos de terrenos pequeños con facultad para heredar ese usufructo en caso de muerte o separación definitiva del hospital, a los deudos según ciertas reglas; con esto,

que se asemejaba prácticamente a una propiedad particular, se satisfacía el deseo humano de tenerla. No se fincaba en estos terrenos la base de la economía del hospital.

g. Establecer como fundamental y general la enseñanza de la agricultura y de los oficios necesarios a la comunidad; igualmente parece que se estableció la enseñanza somera de la medicina y de la enfermería.

h. Procurar que la producción anual sobrepasara a las necesidades en el mismo lapso, de la agrupación humana que formaba el hospital, a fin de acumular ciertos elementos económicos en previsión de que en algunos años la producción fuera inferior a las necesidades del consumo.

i. Elegir democráticamente el principal y los regidores del hospital y los jefes de familia, los encargados de los oficios y de las labores agrícolas comunales, a las que debían dedicarse por turnos todas las familias.

j. Hacer que fueran remunerados los médicos, cirujanos y otras personas que prestaran servicios en el hospital.

k. Atender y enseñar preferentemente a los niños y a los jóvenes, de acuerdo con las orientaciones arriba señaladas. Cuando éstas personas salían del hospital, podían enseñar a otras a ganarse la vida.

l. Repartir los productos del trabajo que realizaran los niños en su aprendizaje entre ellos mismos, según la edad, fuerza, trabajo y diligencia en cada uno y estimular con algunas ventajas a quien mejor trabajare.

m. Poder excluir de la comunidad a los miembros definitivamente nocivos a ella.

n. Procurar las uniones matrimoniales, preferentemente las legítimas.

o. Procurar que el funcionamiento y los buenos resultados de los hospitales entusiasmaran a otros grupos humanos a organizaciones en forma semejante, posiblemente con el objeto de resolver así los problemas fundamentales de la sociedad indígena en general, a cuyos miembros consideraba Quiroga casi en su totalidad como necesitados. *

La ayuda médica durante el siglo XVI fue también proporcionada por seglares o por eclesiásticos con fondos personales, continuación se mencionan los aspectos más relevantes.

En 1553 hubo en la Nueva España, pestes e inundaciones que obligaron al Virrey, Luis de Velasco a crear el Hospital de los Indios; destinado para atenderlos de cualquier enfermedad. Posteriormente Bernardino de Alvarez decide fundar un Hospital

* Secretaría de Asistencia. "La Asistencia Social en México

para Convalecientes. El nombre que posteriormente recibe es el de " San Hipólito " debido a que era administrado por la orden religiosa de los Hipólitos; dicho hospital fue fundado en 1567. El Dr. Pedro López fundó en 1582 el Hospital de la Epifanía, que después fue llamado " Hospital de los Desamparados " y más tarde llamado de San Juan de Dios y Morelos; este hospital también fue general e incluía la atención de niños expósitos.

Durante la Colonia, el régimen de la Metrópoli se preocupó por la incorporación de la población sometida a los aspectos educativos; las iniciativas y servicios educacionales quedaron controlados por la Iglesia, destacando en éste aspecto la obra de los misioneros. En todas las instituciones se enseñaba el español, la religión cristiana, algunos oficios y actividades agrícolas.

A continuación se proporciona una lista de escuelas fundadas en el primer siglo de la Colonia:

- Esc. de San José de los Naturales; fundada en 1525 por Fray Pedro de Gante. Se instruía a los niños indígenas, enseñándoles el idioma de Castilla y la catequesis.
- Colegio de San Juan de Letrán, fundado por Fray Juan de Zumárraga, quien también estableció un colegio para niñas y
- Colegio de San Juan de Letrán, fundado por Fray Juan de Zumárraga, quien también estableció un colegio para niñas y

jóvenes indígenas en Texcoco en el año de 1533, llamado " Colegio de Nuestra Señora de la Caridad.

- Colegio de Nuestra Señora de Tlatelolco, para la enseñanza de los meztizos y de los indígenas en 1536, establecido por Zumárraga.

- Carlos V firma la Real Cédula autorizando la creación de la Real y Pontificia Universidad de México en 1553 para criollos.

- Fundación del Colegio de San Pedro y San Pablo en 1572.

- Colegio de Santa María de Todos los Santos en 1573.

- Colegio de San Gregorio (con internado) exclusivo para indígenas, fundado en 1575.

Durante el siglo XVII, no hubo ese furor caritativo del siglo XVI, sin embargo encontramos establecimientos que se eligieron en favor de los pobres. Algunos escritores llaman a este siglo -XVII- " El Siglo de Oro de la Iglesia ", porque se construyeron palacios y templos, alcanzando la cifra del 90% de los templos de la Nueva España.

Carlos V mediante su Real Cédula del 1º de mayo de 1543 ordenó que el dinero que se enviaba a la Corona, se detuviera en la Nueva España en parte para continuar con la erección de iglesias y conventos, y otra parte para fundar obras pías.

Las Fundaciones en este siglo fueron cuatro hospitales: el del Espíritu Santo, el de Betlen, el del Divino Salvador y el de San Antonio Abad.

" La causa de este colapso fue que las grandes fortunas eran empleadas en la construcción de suntuosos templos y de macizos

y enormes conventos. ¡ El Siglo de Oro de la Iglesia ! La beneficencia solo se jercia al centaveo en las calles; y hasta que acaecieron las pestes, los acaudalados, presas de terror porque la catástrofe podrá alcanzarles, improvisaron hospitales, que se cerraban tan pronto como lo fuerte del estrago pasaba ". *

Las instituciones que se forman en el Siglo XVIII son las siguientes:

- En 1756 se funda el hospital de Terceros, exclusivamente para jesuitas de aquella orden y para los miembros de la congregación.

- El Hospicio de Pobres: institución que se preocupó por los pobres que practicaban la mendicidad, fue fundado en 1760 por el Dr. Fernando Ortiz Cortés, eclesiático capitular del cabildo.

- En 1767 se erige el Real Colegio de San Ignacio de Loyola, o de las Vizcainas, que se destinó a la educación y asistencia de las niñas de buenas familias.

- El Nacional Monte de Piedad, se estableció el 25 de febrero de 1775 por Don Romero de Terreros Conde de Regla, con objeto de que los necesitados encuentren "socorro" e hiciesen sufragios por las Animas de los Difuntos.

* D'Acosta Helia "Una cuna, un libro, una sonrisa". Libros de México, México 1980. p. 128.

- El Hospital de San Andrés fue fundado en 1779, para dar respuesta inmediata a la calamidad, pobreza o indigencia que la gente sufría como consecuencia de las condiciones sociales, políticas y económicas emanadas de la Colonia. (Para México el Hospital de San Andrés tiene un gran valor en su historia asistencial, porque también fungió como centro de educación para muchos médicos mexicanos, dejando escrito en la misma que el Hospital es lugar para la investigación y la docencia también).

-En 1792 se fundó con un carácter científico y filosófico; el Colegio de Minería, bajo la dirección de Joaquín Velázquez de León.

- Escuela Patriótica. Inaugurada el 1º de julio de 1806 y fundada por el capitán Francisco Zúñiga, miembro de la Junta de Caridad del Hospicio de Pobres; tuvo el propósito de impartir educación cristiana y civil que hiciera a los niños útiles a sí mismos y al Estado.

La ayuda en la época de la Colonia se denominó "Caridad Cristiana" y fue proporcionada por seglares y miembros del clero; personajes que no evaluaron sus acciones en el contexto global de la realidad social que se vivía, por ello aparecen aisladas e incoordinadas entre sí tratando de mitigar las consecuencias de la misma, situación que empujaría al pueblo a iniciar el movimiento de Independencia.

" La miseria crónica de hospitales, asilos y colegios, se

agravó aún más con el movimiento liberatorio de Dolores Hidaigo, de septiembre de 1810. Las personas generosas en su natural defensa, suprimieron toda clase de donativos. Las rentas de las propiedades benéficas dejaron de ser cubiertas y el gobierno mismo de la Corona dispuso de los fondos de mayor cuantía de aquellas propiedades... " *

No obstante que los gobiernos dispusieron de gran parte de los fondos de los establecimientos benéficos y que no devolvieron, el Ayuntamiento de la Ciudad de México de hizo cargo de ellos, con apoyo de personas religiosas que tenían bajo su cargo la administración de los servicios.

Los establecimientos que subsistieron hasta mediados del siglo XIX y que fueron fundados en la Colonia, conservaron sus reglas y ordenanzas; ejemplo de ello son el Hospital de Jesús, el Hospicio y el Colegio de las Vizcaínas, lo que hizo innecesaria - aparentemente - la organización de los mismos por el gobierno de la República, pero se realizó vigilancia directa en algunos otros. Así el gobierno determinó que la Secretaría de Gobernación ejerciera la inspección de los establecimientos que eran administrados por el Ayuntamiento, esos establecimientos fueron los hospitales de San Lázaro y el de San Hipólito, el primero para leprosos y el segundo para enfermos convalescientes; y que la Secretaría de Justicia vigilara, los que dependían del Clero, el cabildo eclesiástico

* op. cit. p. 124

tenía a su cargo el Hospital de San Andrés y la Casa de Cuna; las cofradías, los de San Juan de Dios y del Divino Salvador.

Tal era la distribución que determinó el gobierno para la inspección de los establecimientos, cada sector ejercía su función y no existía coordinación entre ellos.

La acción del hombre a favor del hombre está directamente influida por la situación histórica, hechos que la sustentan y la mantienen. Con este principio ahondaremos en los acontecimientos que sucedieron para dar paso a la Beneficiencia Pública y Privada.

II. 1.2 La Beneficiencia

"Hacia 1850, la clase intelectual de México, alarmada por la pérdida de medio territorio patrio, la pobreza del pueblo y del Gobierno, la incesante guerra civil y el desbarajuste de la administración pública, decidió poner un hasta aquí al mal tomando en sus manos las riendas de la nación padeciente." *

Los intelectuales formaron dos partidos: el liberal y el conservador.

"Los conservadores... suspiraban por la vuelta del orden español y por vivir a la sombra de las monarquías del viejo

* Cosío, Villegas Daniel. et. al. "Historia Mínima de México".

Colegio de México. 7a. reimpresión, México 1988. p. 104

mundo...

Su ideario lo sintetizó Alamán en siete puntos: 1o. queremos "conservar la religión católica...sostener el culto con esplendor...impedir por la autoridad pública la circulación de obras impías e inmorales" 2o. "Deseamos que el gobierno tenga la fuerza necesaria..., aunque sujeto a principios y responsabilidades que eviten los abusos". 3o. "Estamos decididos contra el régimen federal, contra el sistema representativo por el orden de elecciones... contra todo lo que se llama elección popular..." 4o. "Creemos necesario una nueva división territorial que confunda la actual forma de Estados y facilite la buena administración" 5o. "pensamos que debe de haber una fuerza armada en número suficiente para las necesidades del país." 6o. "No queremos más congresos...sólo algunos consejeros planificadores". 7o. "perdidos somos sin remedio sin la Europa no viene pronto en nuestro auxilio". *

"Al contrario de los conservadores, los liberales negaban la tradición hispánica, indígena y católica; creían en la existencia de un indomable antagonismo entre los antecedentes históricos de México y su engrandecimiento futuro y en la necesidad de conducir a la patria por la vías del todo nuevas de las libertades del trabajo, comercio, educación y letras, tolerancia de cultos, supeditación de la Iglesia al Estado, democracia representativa, independencia de los poderes,

* op. cit. p.105

federalismo, debilitamiento de las fuerzas armadas, colonización con extranjeros de las tierras vírgenes, pequeña propiedad, cultivo de la ciencia, difusión de la escuela y padrinazgo de los Estados Unidos del Norte" *

En 1853 llega del destierro Antonio López de Santa Anna, quien forma su gabinete presidido por Lucas Alamán (líder del partido conservador)...Alamán con la "Ley Lares" prohíbe la impresión de "escritos subversivos, sediciosos, inmorales, injuriosos y calumniosos", y los liberales empiezan a ser víctimas de destituciones, destierros y cárcel."**

Esta entre otras situaciones originaron movimientos de oposición y el renacimiento de la tendencia liberal apareció como la solución contra la injusticia social.

La tendencia liberal se representó en la figura de el Señor Juan Alvarez quien apoyaba el Plan de Ayutla en 1854, originándose la revolución con el mismo nombre. Al término de ella, Juan Alvarez ocupa la presidencia en el año de 1855 y formó el gabinete con hombres de ideas liberales.

El gobierno de Juan Alvarez promulgó la Ley Juárez; puesta en vigor el 23 de noviembre de 1855, dicha Ley suprimía los fueros y privilegios del clero y del ejército y declaraba a todos ciudadanos iguales ante la Ley; al finalizar el año de 1855,

* op. cit. p.100

** op. cit. p. 107

Alvarez deja el poder y Comonfort ocupa la Presidencia. Posteriormente se dicta la Ley Lerdo para desamortizar los bienes de la Iglesia y de corporaciones civiles, exigiendo vender los inmuebles a los arrendatarios.

Con la Constitución de 1857 se inicia la Reforma en todos los ámbitos de la vida nacional, se instituyó la forma de gobierno republicano, representativo y federal; integrado por tres poderes, reconociendo la soberanía del pueblo, ejercida a través de voto, los derechos del hombre y del ciudadano. La vida democrática tuvo como principios la libertad, seguridad, igualdad y propiedad. Además se incluyeron en la Carta Magna los postulados de las Leyes Juárez y Lerdo.

Con la expedición de las Leyes de Reforma en el año 1859-1860, se pretendía dar solución a los problemas que se vivían, definiendo que es el Estado quien debe asumir la obligación de administrar al País y preocuparse por el bienestar del pueblo. Las Leyes de Reforma determinaron lo siguiente:

- Sujeción de la Iglesia y el Estado
- Nacionalización de los bienes eclesiásticos
- Creación del Registro civil, haciéndolo obligatorio para los nacimientos y las defunciones, así como para matrimonios imponiéndoles el carácter de contrato civil y que debería celebrarse con la intervención del Estado.
- Establecieron la libertad de cultos y suprimieron las órdenes monásticas de varones.

Con el triunfo de la Reforma, el Estado en cuanto a la ayuda

social, asume el deber ineludible de impartir beneficencia frente a la necesidad social de la mayoría de los mexicanos.

El 12 de julio de 1859 entraron en dominio de la Nación todos los bienes del Clero secular y regular.

La Caridad cristiana debería ser sustituida por la Beneficencia, bajo las ideas político-sociales de los intelectuales que estaban al frente del poder; el hecho ocurre el 2 de febrero de 1861, cuando Juárez mediante decreto presidencial la transforma legalmente en Beneficencia Pública.

Ese decreto dispuso que el gobierno de la Nación se encargara del cuidado, dirección y mantenimiento de los establecimientos existentes en el Distrito Federal (hospitales, hospicios, casa de corrección, etc.) y que los de los Estados quedarían bajo cuidado de las respectivas gubernaturas. Así la Beneficencia quedaba en completa secularización, erigiéndose como institución civil y laica.

La Beneficencia como función de Administración Pública, demandó la fundación de un órgano que la controlara y coordinara, por lo que se decreta la creación de la Dirección General de Beneficencia Pública, adscrita a la Secretaría de Gobernación y el establecimiento de la Dirección General de Fondos de Beneficencia que dependía del Ministro de Gobernación. Se transcriben algunas de las disposiciones de ese decreto por considerarse importantes.

" Son atribuciones de la Dirección:

I. Administrar los fondos de beneficencia en los términos

indicados en los artículos anteriores.

- II. Promover la mejora, aumento, refundición o supresión de las casas de caridad.
- III. Vigilar el buen orden y administración de cada establecimiento en lo particular.
- IV. Practicar visitas en estos establecimientos siempre que lo juzgue conveniente.
- V. Resolver las consultas que le dirija el gobierno.
- VI. Recaudar donativos en caso de epidemia o de grandes calamidades públicas.
- VII. Hacer observaciones y suspender el cumplimiento de las ordenes del gobierno en el caso previsto por el artículo 15 de este decreto.
- VIII. Dar instrucciones al abogado defensor en todos los negocios judiciales o extrajudiciales que le encomiende.
- IX. Pedir la remoción de los empleados de la oficina y de los establecimientos por causa de ineptitud abandono de sus deberes y someterlos ante los tribunales por malaversación, faltas u omisiones de que resulte daño a los fondos o a los establecimientos.
- X. Organizar juntas de caridad en lo general y de protección a establecimientos determinados, previa la aprobación del gobierno.*

La Beneficencia Pública de la ciudad de México actuaba através

* Alvarez Amézquita José. et. al. - Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México - México SSA. 1900. Tomo III. p. 528

de los siguientes establecimientos:

- Hospicio de pobres, fundado en 1760 por Fernando Ortiz Cortés y del cual ya se ha referido

- Escuela de San Antonio, también llamada El Tecpam (La casa del Señor), fundado en 1850 por el Sr. José Joaquín Herrera. Era un hospicio en cuyos talleres se enseñaban oficios a jóvenes delincuentes a efecto de segregarlos del común de presos de la Cárcel Nacional. Después se le cambió el nombre por Colegio Correccional de San Antonio.

- Casa para jóvenes delincuentes (Escuela Correccional).

- Hospital General de San Andrés, el más importante de la ciudad.

- Hospital de San Pablo: en el se atendían a personas consignadas por la autoridad, albergaba a los leprosos y a los tíficos. Tuvo su origen en 1847, funcionando como hospital de sangre durante la invasión estadounidense.

- El hospital de San Juan de Dios (Hospital Morelos)

- El Hospital de San Hipólito para hombres dementes.

- Hospital del Divino Salvador para mujeres demantes.

- La Casa de Cuna.

- La cárcel de Belem.

- La Escuela Nacional de Sordomudos, fue fundada el 19 de abril de 1861 por el Señor Justo Benítez.

- Hospital de Maternidad e Infancia, creado por decreto presidencial el 9 de noviembre de 1861.

- Escuela para sordomudos fundada por Eduard Huet en 1866.
- Dormitorio público para proporcionar hospedaje a personas adultas que carecían de hogar, fue fundado en 1869.
- Escuela Nacional de Ciegos fundada por Ignacio Trigueros el 15 de mayo de 1871.

Con estos hechos damos paso a otra etapa de la historia de México, conocida como El Porfiriato.

Bajo la dictadura del General Díaz, se dieron cambios en los servicios de beneficencia y surge la Ley de Beneficencia Privada. Cabe mencionar que desde el gobierno de Juárez, el Estado reconoce su incapacidad para proporcionar los satisfactores elementales a las grandes mayorías; grupos largamente afectados y desgastados por las guerras civiles e intervenciones extranjeras. Juárez expide decretos y circulares que aseguraban no enajenar los fondos asignados a obras de beneficencia privada; tratando de inspirar confianza y seguridad a la sociedad civil para que continuara amparando dichos grupos.

Pero fue hasta el año de 1899, bajo el régimen de Díaz cuando se reconoce y concede personalidad moral a esas obras benéficas, expidiéndose la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, el cumplimiento de dicha Ley estuvo a cargo del Poder Público.

Con esa seguridad jurídica y estímulo fiscal a la que se hizo acreedora la Beneficencia Privada, se dió lugar a la creación de múltiples asociaciones y fundaciones de este tipo.

El 1^o de diciembre de 1887, la señora Carmen Romero Rubio inauguró la primera Casa Amiga de la Obrera donde se atendían a menores cuyas madres trabajan como obreras, costureras, vendedoras, etc. proporcionándoles educación escolar básica.

El año de 1900 se caracteriza por la introducción de avances científicos y mejoras en las instalaciones de las instituciones de beneficencia.

Así encontramos que se proyectó la construcción del nuevo Hospital General, con la idea de mejorar la atención médica y hospitalaria de la población; se dieron planes para la edificación del Manicomio en la antigua hacienda la Castañeda, ambos surgen en la década primera del año de 1900. El antecedente del Hospital General se haya en la historia del hospital de San Andrés, de cual hemos referido en el periodo de la Colonia.

La Revolución Mexicana de 1910 trajo cambios bajo los principios de Justicia Social y el concepto de ayuda social quedó claramente inspirado en los artículos 22 y 25 de la Declaración de los Derechos Humanos que expresan:

" Artículo 22.- Toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, debida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad."

" Artículo 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios necesarios, tiene así mismo el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad." *

Con la usurpación de Victoriano Huerta, los servicios asistenciales vuelven a sufrir abandono y retraso; y es hasta el periodo de Venustiano Carranza, en 1914, cuando cobra impulso la Beneficencia Pública. Se crearon puestos de socorro para proporcionar alimentos a las clases necesitadas, tratando de restablecer el régimen que garantizara la seguridad de los mexicanos. En 1915 se constituyó el Departamento de Auxilios al Pueblo que se encargó de controlar la venta de productos alimenticios como pan; tortillas y carne a precios bajos, debido a ésto se normalizó la venta de masa y se instalaron tortilladoras.**

En 1921 el ministro de Educación, el licenciado Eduardo Vasconcelos en colaboración con el ingeniero Roberto Medellín y la señorita Elena Torres, distribuyeron desayunos en las escuelas de las comunidades pobres de la ciudad, especialmente

* op. cit. p. 54P

** Cf. Alvarez Amézquita José. et. al. "Historia de la ...
idad y de la Asistencia en México".

en la Merced y La Lagunilla.*

El 28 de noviembre de 1928 se inauguró la segunda escuela asistencial, Casa Amiga de la Obrera.

La señora Carmen García de Portes Gil, desarrolló acciones en beneficio de la niñez y fundó centros llamados "Gota de Leche", en los cuales se daba desayuno a niños pequeños; en ese mismo año se creó a nivel nacional una institución denominada "Asociación Nacional de Protección a la Infancia, cuyo propósito fue ampliar los programas de alimentación. Mencionada institución procuraba la atención en caso de horfandad, abandono y mendicidad.

Durante el régimen administrativo del Presidente Abelardo L. Rodríguez, se inicia la construcción del Hospital del Niño, del Hospital Central, Hospitales de Emergencia, así como la renovación de los establecimientos de ayuda.

En 1934 dependían de la Beneficencia Pública las siguientes instituciones:

- Casa de Cuna
- Casa del Niño
- Esc. Industrial Vocacional
- Esc. Nacional de Sordomudos
- Casas "Amiga de la Obrera" 1 y 2
- Hospital Juárez
- Hospital General

* Alvarez Amézquita José. et. al. "Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México".

- Dormitorios 1 y 2
- Manicomio General
- Hospital del Niño
- Hospital Nacional Homeopático
- Laboratorios de industria farmacéutica.

II.1.3 La Asistencia Social.

Con el gobierno de Don Lázaro Cárdenas se consolidan los principios de la Asistencia Social y se estructura esta nueva forma de ayuda a favor del hombre.

En el concepto de Asistencia Social se sustentaba el deber del Estado de impartir ayuda a los grupos necesitados, para garantizar la integridad de la Nación y la Paz Social; por lo que se constituye en una obligación pública con carácter nacional y dirigida a proteger a los económica y socialmente débiles.

La naciente estructura de Asistencia Social Pública, se concreta en 1937, con la creación del Departamento Autónomo de Asistencia Infantil el 22 de junio y por la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública el 31 de diciembre, el Departamento se encargaría de resolver los problemas educativos y sociales de los menores, la Secretaría fue facultada para atender las necesidades sociales en general de las personas y clases consideradas como clases menesterosas, débiles sociales e inválidos y todos aquellos que no tienen capacidad de suministrarse protección en casos de desamparo.

" El Estado mexicano reconoce que debe sustituirse el concepto de Beneficencia por Asistencia Pública, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben tender a su desarrollo integral, sin limitarse a satisfacer exclusivamente sus necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, sino esforzándose por hacer de ellos factores útiles a la colectividad en bien de los intereses generales del país. Precisa, por lo tanto, crear un órgano dependiente directamente del ejecutivo a fin de que, dentro de las normas de política general demarcadas por aquél y con la cooperación y ayuda de las demás dependencias del Estado, puedan ampliarse a todo el país, mediante servicios coordinados con los gobiernos de las entidades federativas; organizándose la nueva secretaría en forma que le permita al mismo tiempo utilizar las cantidades que el erario federal le asigne, disfrutar de los productos de las beneficencias pública y privada, sin que por ello se confundan o desaparezcan los patrimonios respectivos asumiendo, para el eficaz control de las actividades relativas, las facultades que sobre la materia señala la legislación vigente a las Secretarías de Hacienda y Gobernación y Departamento del Distrito Federal." *

La transformación de la Beneficencia a la Asistencia se cristalizó en la Secretaría de la Asistencia Pública, fundiéndose en ella el Departamento de Asistencia Social Infantil y las Beneficencias Pública y Privada del Distrito

* op. cit. pág. 333-334

Federal. Pero fue hasta el año siguiente, en 1939, cuando se define el fundamento y acción de la asistencia social ejercida por la secretaría; es decir, se consideró a los menesterosos como atacados por debilidades sociales e individuales, originadas por la debilidad económica y se planteó la necesidad de estudiar las causas de esas debilidades que existían en el País, para corregirlas, disminuirlas o prevenirlas.

A la administración de Cárdenas se le reconoce la creación del Instituto para el estudio de los problemas de Salubridad y de los que constituyen para México las enfermedades tropicales; mencionada institución se denominó " Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales ", que inició sus labores el 1^o de enero de 1939.

Con el gobierno de Manuel Avila Camacho las acciones de la Secretaría de la Asistencia Pública se amplían y diversifican. Durante el sexenio se inaugura el primer comedor familiar, llamado "Unión Nacional", tal obra fue el inicio de la red "Comedores Nacionales"; cuyo objetivo era proporcionar alimentos a precios bajos a la población de escasos recursos. De 1941 a 1945 se registraron las siguientes acciones a favor de los niños:

- se suprimen los grandes internados por "Hogares Sustitutos"
- se inaugura la Casa Amiga de la Obrera No. 3
- se crea el Hospital Infantil de México (23 de junio de 1943)
- se crea el Centro Materno Infantil " Maximino Avila

Camacho" (mayo 1945)

Así mismo se resalta el interés por el desarrollo de la Asistencia; llevando a cabo la celebración del Primer Congreso Nacional de Asistencia del 15 al 22 de agosto de 1943 en la Ciudad de México y organizado por la Secretaría de la Asistencia Pública. De este Congreso resalta el trabajo titulado "El Trabajo Social como enlace entre la Salubridad y la Asistencia"; presentado por el Dr. Alfonso Pruneda, quien ubicaba al Trabajo Social en la medicina social argumentando que si ésta se ocupaba de prevenir y remediar males sociales en una o en otra de esas actividades de tanta trascendencia para la comunidad; era imposible deslindar esas actividades de las propiamente curativas, porque no se encontrará situación social en la que la actividad preventiva o la actividad curativa se realicen por separado; ambas se ejercitan simultáneamente y al hacerlo se ayudan y complementan en beneficio de la situación que se trate.

El 15 de octubre de 1943 se suprime por decreto presidencial, la Secretaría de la Asistencia Pública y se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que integró dos ramas de la Administración Pública estrechamente relacionadas: la Secretaría de la Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad. La Asistencia Social en esa fecha fue administrada por una oficina específica llamada: Dirección de Asistencia Social en el Distrito Federal; la cual en los 17 años subsiguientes sufre modificaciones y reorganizaciones, a fin de

suministrar mejor los servicios.

" Primero, tuvo bajo su control la asistencia médica, la preventiva, la de diversos, la de alimentación, la educativa y la de ancianos, etc., que comprendían desde la Casa de Cuna, establecimientos para atención de ancianos, albergues para niños y adultos, internados, escuelas, hogares infantiles, comedores, dormitorios, centros de higiene materno-infantil y maternidades, etc., hasta consultorios, hospitales y escuelas para incapacitados: ciegos, sordos, niños hijos de tuberculosos, niños lisiados por la polio y campañas asistenciales de emergencia (mendicidad, prostitución, alimentación, etc.). Poco a poco, en el transcurso de los años los servicios que controlaba esta dirección se fueron desmembrando para formar unidades de trabajo por especialidades. Así fue como se crearon la Dirección de Higiene y Asistencia Materno Infantil que se encargó del control de la asistencia a la madre y al niño preescolar: una casa de cuna, guarderías infantiles, maternidades, hogares sustitutos, etc.; la Dirección de Rehabilitación que se encargó de impartir la asistencia necesaria a los incapacitados físicos: (ciegos, sordos, mudos, lisiados, etc.) y la Dirección de Asistencia Médica que se encargó de las actividades asistenciales específicas: (consultorios, hospitales, centros médicos, etc.)." *

* op. cit. p. 556

En año de 1944 operaban en el Distrito Federal a cargo de esa Dirección:

17 centros de higiene y Asistencia Infantil, la Casa de Maternidad de las Lomas de Chapultepec y se proporcionaron servicios médicos a las instituciones asistenciales: Casa de Cuna, dos Casas Amiga de la Obrera; 11 guarderías pre-escolares; Escuela Granja de Tlalpan; Internado para Niñas, Escuela Nacional para Ciegos, Escuela Nacional para Sordomudos; Internado Nacional Infantil, y Hogares sustitutos.

En 1945 se crea la cuarta Casa Amiga de la Obrera, iniciándose, además el funcionamiento de los comedores universitarios y del comedor de los practicantes en los Hospitales General y Juárez.

La presidencia de la República de 1946 a 1952 corresponde al Lic. Miguel Alemán Valdez; tiempo en el cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia continuó su labor y presentó algunas modificaciones. En 1946 la Secretaría encontró dificultad económica para desarrollar sus planes; el ejercicio presupuestal se redujo considerablemente y por otra parte el Patrimonio de la Beneficencia pasó a ser controlado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En el año de 1947 se inauguraron guarderías fundadas por Comités Voluntarios de Asistencia Infantil; en el siguiente año se abre la primera guardería infantil especializada para niños con problemas auditivo-orales, y se crea el Instituto Nacional de Audiología, se establece también el centro "Francisco P.

Miranda" para la rehabilitación de niños poliomelíticos.

Durante el período de gobierno del Lic. Adolfo Ruiz Cortinez 1952-1958 se registraron los siguientes hechos:

El 27 de febrero de 1952 fue inaugurada la Casa Amiga de la Obrera No. 5; en ese mismo año por acuerdo del Presidente de la República se crea la Dirección General de Rehabilitación. Con este antecedente la Escuela Nacional de Ciegos se convirtió en centro de rehabilitación no.1; la Escuela de Sordomudos en el centro no.2; la Escuela para Débiles Mentales formó el centro no.3; el Centro de Rehabilitación Auditivo-Oral, se le asignó el no.4, y se crearon el no.5 destinado a inválidos del Sistema músculo-esquelético; el no. 6 constituido para mujeres adolescentes oligofrénicas, el Centro de Rehabilitación no.7 para problemas fonátricos, el Centro no.8 para débiles Auditivos, el Centro de Rehabilitación no.9 para la Educación Escolar especial a menores con invalideces del sistema músculo esquelético y el Centro de Rehabilitación no.11 para débiles mentales visuales. *

En el año de 1953, la Dirección de Asistencia Social en el Distrito Federal se subdividió en: Dirección General de Asistencia Materno Infantil, Dirección General de Rehabilitación (antes mencionada), Oficina Integral para Ciegos y la Dirección de Asistencia Social.

* Cfr. - Alvarez Amézquita José, et. al. "Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México".

La Dirección General de Asistencia Materno Infantil, se ocupó de proteger en su salud material y social a la población infantil en los casos de abandono, descuido o imposibilidad de atención familiar por medio de Casa de Cuna, Hogares sustitutos, Guarderías y Centro de Observación. La Dirección General de Rehabilitación se encargó de investigar y valorizar la cantidad de inválidos y su variedad, para proporcionar los servicios asistenciales y rehabilitatorios. La Oficina Integral para Ciegos, realizó programas para la rehabilitación social y económica de los ciegos adultos.

La Dirección de Asistencia Social atendía a los niños en estado de abandono total o parcial en las Casas Amiga de la Obrera e Internado Nacional Infantil, así como a familias de escasos recursos através de comedores; cumplía también con acciones de asistencia diversas como: ayudas económicas, servicios de atención a damnificados, disponía de bolsa de trabajo, campañas contra mendicidad y contaba para llevar a cabo sus programas con el equipo de Trabajadoras Sociales.

En el año de 1954 se crea la Comisión Coordinadora del Programa de Bienestar Social Rural. La Comisión implementó el programa a nivel nacional al establecerse los Centros de Bienestar Social Rural y Urbanos abocados al Desarrollo de Comunidad.

Así llegamos al período presidencial del Lic. Adolfo López Mateos (1959-1964), gobierno que creó el Instituto Nacional

de Protección a la Infancia (I.N.P.I).

El Instituto se creó el 31 de enero de 1961, quedando constituido como organismo público descentralizado y que sustituía a la Asociación de Protección a la Infancia establecida en el período del Lic. Emilio Portes Gil. El programa del I.N.P.I contenía ocho puntos básicos:

- "1. Desayuno para preescolares y escolares con:
 - a. plantas elaboradoras y envasadoras
 - b. plantas industrializadoras de materias primas
2. Centros de Orientación Nutricional
3. Planteles de Rehabilitación Integral
4. Integración Social del Menor
5. Protección específica a la niñez indígena
6. Divulgación
7. Investigación Científica
8. Coordinación" *

La labor del I.N.P.I. trascendió para impulsar la integración familiar por medio del Desarrollo de Comunidad que abarcaba aspectos de salud, educación, economía y recreación. Para 1964 el I.N.P.I contaba con 252 plantas productivas y 138 centros de orientación nutricional a nivel nacional.

El Instituto puso en marcha otras actividades, como la atención nutricional a mujeres embarazadas y a mujeres en período de

* Bustamante E. Miguel. et. al. "La Salud Pública en México"

1959-1962. Secretaría de Salubridad y Asistencia . p. 148

lactancia; la rehabilitación de menores impedidos; la creación de Hogares temporales para menores rescatados de las calles y el programa a favor de los niños indígenas.

En la etapa del 1º de diciembre de 1964 al 30 de noviembre de 1970, abarcaremos las acciones asistenciales implementadas durante el sexenio del Lic. Gustavo Díaz Ordaz.

El año de 1965 se considera importante en este sexenio, ya que hubo adelantos en materia de coordinación interinstitucional lo que permitió integrar esfuerzos y lograr mayores resultados en aspectos de salud pública, asistencia y seguridad social.

La coordinación se llevó a cabo gracias a la creación de la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, entre los hechos resultantes son:

- programas de vacunación antivariolosa
- lucha contra el tifo epidémico y el mal del pinto
- bienestar social rural
- atención hospitalaria a enfermos mentales agudos
- construcción de un hospital infantil
- construcción de dos albergues para enfermos mentales en el área del Distrito Federal
- se disminuyó el coeficiente de mortalidad infantil
- se incrementó la atención médica, económica y social del
- ISSSTE en hospitales, clínicas, pensiones y tiendas para el

servicio de los asegurados

- se implementaron programas de atención rural
- la coordinación permitió también proyectar y organizar servicios dentales de salud pública.*

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia incrementó sus actividades en los años posteriores, por lo cual en agosto de 1968 se crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.), que añadió a los programas anteriores de nutrición, los servicios de rehabilitación física, de rehabilitación familiar y atención a los menores abandonados o enfermos, con base en sistemas orientados hacia su cabal incorporación a la sociedad.

El IMAN puso en servicio tres establecimientos: una casa de cuna, un hogar para niñas y un hospital infantil.

La casa hogar para niñas abandonadas se creó con el fin de apoyarlas para que sean personas productivas, y prepararlas para un sistema de vida normal, así los objetivos concretos de la casa hogar fueron:

- "a. orientación psicológica al menor
- b. preparación técnica y cultural
- c. mejoramiento de la salud y preparación física
- d. integración social a un medio adecuado para su desarrollo"

La casa hogar se consideró una institución abierta, es decir,

* op. cit. pág. 220-221

* op. cit. p. 282

las menores asisten a escuelas mixtas en el exterior, fomentando así su relación con niños provenientes de familias integradas.

En la casa cuna se alojaban niños huérfanos y abandonados que recibían el cuidado, a través de médicos y servicios nutricionales de acción social y jurídica. Los menores atendidos en la institución gozaban de esos servicios desde su nacimiento hasta los cuatro años de edad.

La asistencia médica del IMAN es representada en el Hospital Infantil que comprende servicios clínicos, de hospitalización, enseñanza, investigación, consulta externa por especialidades y servicios de laboratorio.

Por otra parte, la articulación de las actividades del IMAN con los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y de ésta con los Institutos de Cardiología, de Nutrición y el Hospital Infantil, amplió los programas de Bienestar Social Urbano y de Desarrollo de la Comunidad Rural.

La Dirección de Asistencia Social de la Secretaría de Salubridad reorganizó la oficina de Trabajo Social, dependiente de la Dirección de Trabajo Social con el fin de mejorar los servicios de su competencia, pero cuidadosa y especialmente las funciones referentes a la investigación económico-social de todas las personas que se encontraban recibiendo servicios de asistencia en los establecimientos de la Dirección. A

estos estudios se incluyeron los de tipo médico y psicológico que complementaban al anterior, elaborándose de ésta manera los expedientes individuales completos.

Las actividades asistenciales en el Distrito Federal se administraron através de instituciones y servicios especiales, las cuales fueron:

- Programa de Bienestar Social Urbano, que por medio de 18 centros con trabajo de comunidad, impulso su desarrollo através de la formación de grupos.

- Departamento de Asistencia diversas del cual a su vez dependían 2 casas para ancianos, 2 albergues temporales infantiles, un comedor familiar y un dormitorio público, así como con subsidios económicos para familias, ancianos y minusválidos. También existía el Programa de emergencia en casos de desastre y la bolsa de empleo.

- Departamento de servicios asistenciales educativos que se encargaba de los aspectos técnicos y propiamente administrativos de 10 escuelas "Casa Amiga de la Obrera", además del Internado Nacional Infantil que proporcionaba servicios de asistencia integral a , menores escolares.

- Oficina de Servicios Médicos, la cual suministraba

servicios de salud preventiva y curativa a las personas inscritas en los diferentes establecimientos dependientes de la Dirección.

- Departamento de Asistencia Jurídica, cuyo objetivo fue colaborar en la resolución de problemas legales de personas carentes de recursos, para tal cometido contó con la colaboración del Registro Civil.

- Oficina de Trabajo Social, que desarrollaba funciones de investigación socio-económica fundamentalmente.

- Una oficina Técnica que planificaba y evaluaba las actividades asistenciales

- Una oficina administrativa encargada propiamente de la administración.

El periodo de gobierno del Lic. Luis Echeverría Álvarez (1971-1976) se caracterizó en materia de Salud, por la continuidad en los programas de promoción, protección y restauración de la Salud, primordialmente en zonas rurales y marginadas.

Bajo este régimen la SSA sufre nuevamente modificaciones en su estructura institucional: se crea la Subsecretaría del Medio Ambiente.

El programa que llevo a cabo la subsecretaria del Medio Ambiente contempló varias etapas, la primera se refirió a una triple reforma: administrativa, educativa y fiscal, la cual se encaminó a crear conciencia en la población y fomentar su participación en todas las tareas que demanda el mejoramiento del ambiente; otra etapa fue la elaboración de un inventario nacional de fuentes fijas de contaminantes en materia atmosférica para conocer en qué medios se desarrollarían las actividades tendientes a combatir la contaminación del aire. La última etapa comprendió el diseño y puesta en práctica del sistema de vigilancia permanente del grado de contaminación de la atmósfera en las grandes áreas metropolitanas y el control directo a nivel de empresa.

La Dirección de Rehabilitación en 1973 se estructuró como Dirección General de Rehabilitación, convirtiéndose en la dependencia encargada de:

- " a. conocer el problema de invalidez y los recursos con los que se contaba para su solución.
- b. proponer normas para la rehabilitación de inválidos.
- c. proporcionar servicios de rehabilitación a la comunidad a través de unidades aplicativas.
- d. promover el adiestramiento ocupacional y empleo de inválidos rehabilitados.
- e. proponer la realización de programas para formación y adiestramiento de personal.

f. procurar la coordinación de las actividades de los sectores público y privado para la rehabilitación de inválidos."*

El Estado, como parte de su política y proceso de consolidación en su participación con los grupos más desfavorecidos, reorganiza el aparato administrativo de la Asistencia Social, creando el Sistema DIF en 1977, como producto de la fusión IMAN - INPI. De aquí que su objetivo fue apoyar la contención de la marginación social para mejorar las condiciones de vida de la población. Los servicios que otorgaba el DIF estaban divididos en los siguientes rubros: 1) medicina preventiva y nutrición; 2) educación; 3) promoción social; 4) desarrollo de la comunidad; 5) alimentación familiar y 6) asistencia jurídica.

En 1979 se fundó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), el cual pretendía proporcionar a la población de más de 60 años asistencia económica; tarjeta de descuento INSEN, bolsa de trabajo, asesoría jurídica, médica, educativa, y de investigación sobre la senectud.

Con el Plan Global de Desarrollo, la política de salud se reorientó para hacer que la acción del sector salud ampliara su cobertura; por ello es que en lo referente a Asistencia Social sectorialmente se enmarcaron los siguientes objetivos:

- "Prevenir el abandono parcial o total del menor de 10 a 18 años, proveniente de hogares con carencias socioeconómicas y culturales.

* op. cit. p. 218

- Contribuir al mejoramiento del nivel nutricional, con especial atención en la población infantil y en la edad avanzada.
- Promover y fomentar el desarrollo físico y mental del adolescente através del mejor aprovechamiento de su tiempo libre, con la finalidad de disminuir los problemas de tipo social.
- Lograr la incorporación de la población desempleada al sector productivo, mediante su capacitación para el trabajo.
- Establecer los ordenamientos jurídicos que otorguen protección a la infancia, a la vejez contra contingencias y daños a la integridad personal.
- Incrementar la realización de las actividades culturales, deportivas y recreativas en los grupos de población marginada.
- Elevar cuantitativa y cualitativamente los servicios asistenciales dirigidos a la protección de las personas en edad avanzada, prioritariamente a los que se encuentran en abandono total.
- Fomentar la capacitación de recursos humanos, mediante la enseñanza didáctica teórico práctica y continua en el campo de la asistencia social.
- Planear y desarrollar programas de investigación sobre la asistencia social."*

Atendiendo a este planteamiento; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaba con centros de Seguridad Social y

* op. cit. p. 417

Bienestar Familiar, que se responsabilizaban de la salud de la población en las zonas marginadas, y con Centros de Seguridad Social y Capacitación Técnica que proporcionaban capacitación laboral. Por otra parte la Ley del Seguro Social, lo facultó para establecer y operar unidades médicas en favor de la población marginada, tanto rural como suburbana y urbana; de esta manera surgió el convenio IMSS-Coplamar que llevó a cabo el programa de solidaridad social por cooperación voluntaria.

Con tales hechos abordamos el sexenio del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado (1983-1988).

En este gobierno se promueven cambios normativos que consolidan tres aspectos de la Asistencia Social: lo social, lo político y lo jurídico.

En diciembre de 1982 se presentó una iniciativa de adiciones y reformas al artículo 4^o Constitucional; tal iniciativa define el Derecho a la protección de la salud como Garantía Social y sienta las bases legales del Sistema Nacional de Salud.

Para dar cumplimiento a ese mandato, el Ejecutivo remitió al Congreso de la Unión, la iniciativa de Ley General de Salud, la cual se aprobó y entró en vigor el 1^o de julio de 1984.

La Asistencia Social a partir de 1984 adquiere importancia y orden, ya que por primera vez en la historia de la Legislación Sanitaria Mexicana se considera como materia de Salubridad General, por lo que la Ley General de Salud la incluye como uno de los tres tipos de servicios de Salud: atención médica, salud

pública y de asistencia social.

Y de acuerdo con los propósitos del derecho a la salud y a fin de determinar con mayor precisión las bases legales de la Asistencia, el Congreso de la unión aprobó la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, por la cual se consolida el marco jurídico de la asistencia y se crea el Subsector de Asistencia en la estructura del Gobierno Federal.

La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social se aprobó el 9 de enero de 1986; sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un Sistema Nacional de Asistencia Social, que promueva los servicios asistenciales descritos en la Ley General de Salud, garantizando la colaboración de la Federación, las entidades federativas, los municipios y los sectores social y privado.

Por otra parte en este mismo sexenio la Secretaría de Salubridad y Asistencia se reorganiza para transformarse en Secretaría de Salud y en autoridad normativa en materia de Salubridad General, encargándose de promover y fomentar los programas de Asistencia Social, y emitir las normas técnicas para su funcionamiento.

Para concluir los aspectos históricos de la Asistencia Social y sus diversas formas, es preciso mencionar el concepto actual de ella y del cual se desprenden una gama de servicios básicos.

" Para los efectos de esta Ley se entiende por Asistencia

Social, al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su reincorporación a una vida plena y productiva ".

Los servicios de asistencia social, referidos en el artículo 168 y 12 de la Ley General de Salud y Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, respectivamente, son:

Atención a personas que por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas de satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo; atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de desamparo e inválidos sin recursos; promoción del bienestar del senecte y aplicación de medidas de preparación para la senectud; ejercicio de la tutela de los menores, en términos de las disposiciones legales aplicables; prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos; realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social; apoyo a la participación conciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que llevan a cabo en su propio beneficio; impulso a la

educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socio-económicas; prestación de servicios funerarios; prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos; orientación nutricional y suministro de alimentación complementaria a personas de escasos recursos y a población de zonas marginadas; promoción e impulso del sano crecimiento físico, mental y social de la niñez; establecimiento y manejo del sistema nacional de información básica en materia de asistencia social; colaboración y auxilio a las autoridades competentes en materia de vigilancia y ejecución de las leyes laborales aplicables a menores; fomento de acciones de paternidad responsable, que propicien la preservación del Derecho de los Menores a satisfacer sus necesidades mínimas y a la salud física, mental y a los análogos y conexos a las anteriores que tiendan a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo.

II. 2 Asistencia Social Institucionalizada.

En los incisos siguientes trataremos dos estructuras donde se llevan a cabo acciones de Asistencia Social; una como órgano operativo y coordinador, y otra como apoyo al Subsector de Asistencia Social.

Nos referimos al DIF y a la Junta de Asistencia Privada (JAP), respectivamente.

La Junta de Asistencia Privada por la naturaleza de su función, se sigue rigiendo por sus ordenamientos específicos y supletoriamente por la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, de aquí que exista una vinculación estrecha entre éste órgano y la coordinación del Subsector.

II. 2.1 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

El DIF tiene su antecedente en la fusión de la institución que fuera responsable de la Protección a la Infancia y de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, en el año de 1977.

El objetivo fundamental del DIF es promover el Bienestar Social en el País, objetivo que se conduce por una serie de actividades asistenciales encaminadas a los siguientes objetivos:

- a. Promover el Bienestar Social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de la Secretaría de Salud;
- b. Apoyar el desarrollo de la familia y la comunidad;
- c. Fomentar la educación, para la integración social;
- d. Impulsar el sano crecimiento físico y mental de la Niñez;
- e. Proponer a la dependencia que administra el Patrimonio de la

Beneficencia Pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;

- f. Atender las funciones de auxilio a las instituciones de asistencia privada que le confie la dependencia competente, con sujeción de lo que disponga la Ley relativa;
- g. Operar establecimientos de asistencia social, en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y minusválidos;
- h. Realizar estudios e investigaciones sobre los problemas de la familia, de los menores, de los ancianos desamparados y de los minusválidos;
- i. Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a los menores, ancianos y minusválidos sin recursos;
- j. Intervenir en el ejercicio de la tutela de los menores que corresponda al Estado, en los términos de la Ley respectiva;
- k. Auxiliar al Ministerio Público en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con la Ley.

II. 2.2 Junta de Asistencia Privada (JAP)

La Asistencia Privada es patrocinada por personas físicas o morales que crean Instituciones de Asistencia denominadas

Fundaciones y Asociaciones.

Legalmente estas instituciones son entidades jurídicas que con bienes e propiedad particular ejecutan actos de asistencia y conforme a la Ley de Instituciones de Asistencia Privada, deben ser administradas y representadas por Patronos.

A la Junta de Asistencia Privada se adscriben una gama amplia de ellas; y que se han clasificado como sigue:

1. Asistencia al Anciano
2. Asistencia a la Niñez y a la Juventud
3. Asistencia Médica
4. Asistencia en la Educación
5. Asistencia Médica - Centros de Rehabilitación
6. Ayudas Económicas
7. Comités de Damas Voluntarias
8. Promotora de Programas
9. Centros Populares
10. Panteones
11. Otras

CAPITULO III. FUNCION SOCIAL DE LA JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA

III.1 Origen y función social.

La Junta de Asistencia Privada surge en los primeros años de la Beneficencia, el antecedente legal y constitutivo lo encontramos en la primera Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales del 7 de noviembre de 1899, en ese entonces la Junta era integrada por tres personas designadas por el Ejecutivo Federal.

Algunas de las atribuciones con que nació fueron:

- a. Promover la fundación y fomento de los establecimientos de beneficencia privada
- b. Vigilar el orden y administración de cada establecimiento, practicando las visitas necesarias por uno o varios de sus miembros
- c. Rendir los informes que le pida el gobierno y resolver las consultas que le haga
- d. Revisar y aprobar los estatutos de los establecimientos
- e. Vigilar la administración de las fundaciones o asociaciones para que no se distraigan sus bienes del objeto de la institución
- f. Cuidar que se cumpla fiel y exactamente la voluntad del

fundador o de los socios

- g. Promover ante la Secretaría del ramo la supresión de los establecimientos que ya no llenen su objeto o que no cuenten con los recursos necesarios y el destino que a éstos recursos debe darse.

En esta primera Ley, se entendió por Beneficencia Privada, todos los actos que se ejecutaban con fondos particulares y con un fin de Caridad o Instrucción.

La Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales fué modificada en diversos años, las fechas más sobresalientes que mencionamos, son debidas a los cambios administrativos en los diferentes períodos de gobierno y que respondían a un momento coyuntural.

- 23 de mayo de 1933: cuando se une la Beneficencia Privada con la Pública; recordemos que en esta etapa se empieza a crear la filosofía de la Asistencia Social.

- 31 de diciembre de 1942: por decreto del Ejecutivo Federal se promulga la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, en la cual se devuelve la autonomía

a la Asistencia Privada. La Ley dispone que el Presidente de la Junta fuera el C. Secretario de la Asistencia Pública.

- 23 de diciembre de 1974: fecha en que es reformado el nombre de la Ley del '42, y a partir de entonces se denomina Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal.

- 1986: las reformas y adiciones de la Ley, están referidas en los artículos 83,84, 91, 93 y en la creación del artículo 93-Bis.

A continuación se transcriben los artículos de ésta última fecha, porque ellos contienen como se integra la Junta y cuales son sus funciones en la actualidad.

" Artículo 83.- La Junta de Asistencia Privada es el órgano administrativo desconcentrado por función, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, por medio del cual el poder público ejerce la vigilancia y asesoría que le compete sobre las instituciones de asistencia privada."

" Artículo 84.- La Junta estará a cargo de un Consejo de Vocales integrado por:

I. Un Presidente que será designado por el Secretario de Salud y
II. Por ocho Vocales designados entre personas de reconocida honorabilidad, mexicanos por nacimiento y quines deberán desempeñar sus funciones personalmente. Dicho cargo es indelegable.

Al sector público le corresponde designar cuatro vocales por conducto de la Secretaría de Salud, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de Educación Pública y por el Departamento del Distrito Federal, los cuales nombrarán cada uno un vocal.

Los vocales restantes serán asignados por las instituciones. Aquellos podrán ser o no patronos de éstas y se designarán de

acuerdo a la función asistencial predominante prestada por las instituciones de acuerdo a los siguientes rubros:

1. Asistencia a niños y adolescentes
2. Asistencia al anciano
3. Asistencia médica
4. Asistencia en la educación, económica, en especie y otras.

La designación de estos vocales se hará por mayoría de votos, teniendo un voto cada institución y en caso de empate decidirá el Presidente de la Junta "

" Artículo 91.- Para el cumplimiento de sus fines la Junta tendrá las siguientes funciones:

- I. Elaborar las normas internas de operación del consejo de Vocales;
- II. Autorizar la creación, modificación o extinción de las instituciones;
- III. Autorizar los estatutos de las instituciones y en caso de no haber sido formulado por éstas, elaborarlos;
- IV. Promover ante las autoridades competentes el otorgamiento de estímulos fiscales;
- V. Aprobar la declaratoria mediante la cual se autoriza la constitución de una institución y representar los intereses de ésta última, entre la expedición de la misma y de la declaración formal de constitución de dicha institución;
- VI. Ordenar la inscripción de las instituciones en el Registro Público de la Propiedad, en los términos de esta Ley;

- VII. Aprobar los presupuestos de ingresos y egresos y de inversiones en activos fijos de las instituciones, así como sus modificaciones, formulando los comentarios conducentes;
- VIII. Aprobar el informe de labores que, en términos de esa Ley y demás disposiciones, deba ser presentado ante ella por las instituciones;
- IX. Defender los intereses de las instituciones en los casos establecidos en ésta Ley;
- X. Formular sus proyectos de presupuesto, así como sus programas;
- XI. Elaborar anualmente un informe general de los trabajos realizados durante el período;
- XII. Sujetar la creación, operación, modificación o extinción de las instituciones a los programas de asistencia privada;
- XIII. Opinar sobre la interpretación de ésta Ley y demás respectivas, en caso de duda respecto a su aplicación, resolviendo las consultas que las autoridades o las instituciones planteen en relación con la asistencia privada;
- XIV. Ayudar a los patronos a la buena administración de los bienes de las instituciones, haciéndoles al efecto las sugerencias conducentes, para que, de acuerdo con sus objetivos y estatutos presten de manera eficaz los servicios asistenciales inherentes a sus objetivos;

- XV. Vigilar que los capitales productivos de las instituciones se impongan de acuerdo con la presente ley y asimismo, que las operaciones que realicen sean llevadas a cabo con las debidas seguridades para que sean costeables;
- XVI. Vigilar que los patronos empleen los ingresos con estricto apego a lo que dispongan sus presupuestos de egresos e inversiones de activos fijos;
- XVII. Vigilar que los patronos cumplan con las disposiciones de esta ley y los estatutos;
- XVIII. Vigilar que las instituciones cumplan con los fines para los cuales se constituyeron;
- XIX. Revisar los estatutos de las instituciones, a fin de que los mismos se ajusten estrictamente a esta ley, cuidando especialmente que en ellos no se contrarie la voluntad de los fundadores. La Junta indicará en su caso, al patrono de una institución las reformas que fueren necesarias a sus estatutos y les señalará un término de sesenta días para llevar a cabo dichas reformas;
- XX. Autorizar a las instituciones todos los demás actos que se deriven de la presente ley y las otras disposiciones aplicables, y
- Las demás que le confiere la ley, la Secretaría de Salud y otras disposiciones aplicables. "

" Artículo 93.- El Presidente de la Junta de Asistencia Privada será su representante legal y jefe de las oficinas. Podrá ejercer sus funciones directamente según lo autorice la Junta,

por medio de los vocales, del delegado ejecutivo; de los delegados especiales, visitantes, auditores, inspectores, y trabajadores sociales de la propia Junta. "

" Artículo 93-Bis.- La Secretaría de Salud podrá celebrar acuerdos de coordinación con los gobiernos de los estados para que, por medio de la Junta de Asistencia Privada, se les proporcione asesoría y asistencia técnica a fin de que promueva la expedición de leyes estatales que favorezcan la creación y desarrollo de la asistencia privada."

Se observa en todo esto que pese a que la Junta de Asistencia Privada forma parte del programa general del Estado en materia de Asistencia Social; concretamente en su creación y desarrollo a nivel de las IAP, la Ley no hace mención explícita de lo que se concibe por Asistencia Social; tampoco refiere normatividad alguna para conducir y regular la Asistencia Privada. Así mismo se infiere que los estatutos tienen gran importancia, aunque ellos no se acompañen de un programa definido de trabajo, ni se plasme por escrito un diseño de cómo, dónde, con quienes, para qué, cuándo, etc., se cumplirán determinados objetivos.

Por otra parte, no se encontró que la Ley haya sufrido modificaciones a causa de la Ley General de Salud, y mucho menos cómo se vinculará al Subsector de Asistencia Social.

III. 2 Dirección de Evaluación Asistencial. (D.E.A)

La Dirección de Evaluación Asistencial es el área de la Junta

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de Asistencia Privada, que tiene por función vigilar que las instituciones de asistencia privada cumplan el objetivo asistencial, en los términos que sus estatutos lo señalan.

La Dirección asume entonces, un papel trascendente por función, considerando que depende de ella la conducción de la Asistencia Privada, cuya característica es la multiplicidad pero que no limita el que se pueda ejercer de acuerdo y en concurrencia a la Ley General de Salud. Sin embargo la realidad, es que esta Dirección se maneja sin un plan definido de trabajo que de pautas de acción encaminadas precisamente a atender las deficiencias técnicas, operativas, metodológicas, etc. de los establecimientos. El no contar con un programa debidamente elaborado, ha convertido al trabajo en una rutina que hace de la improvisación su mejor complemento para anular las posibilidades de reflexionar sobre la práctica y de ahí replantearse y definir acciones organizadas y estructuradas en el quehacer de las IAP y de la propia Dirección.

La Dirección se ha concretado a saber dónde están las IAP, quienes son sus patronos, a cuánta población se atiende, cuál es su capacidad instalada, cuáles son las cuotas de recuperación, etc., no ejerciendo la función de evaluación ni supervisión.

III. 2.1 EL Trabajador Social en la Junta de Asistencia Privada.

El profesional en Trabajo Social que se desempeña en la Junta de Asistencia Privada, vive interrogantes y sufre limitaciones

en su quehacer profesional debido a la política institucional de la propia Junta y por otro lado debido a la dinámica dada en la institución responsable del servicio asistencial.

El artículo 98 de la ley de instituciones de asistencia privada le confiere de alguna forma, la función de inspección, lo que en la práctica se traduce en una seria agresión al desarrollo profesional y personal, porque la teoría está desarticulada de la práctica, y no porque

no se quiera hacer, sino porque lo administrativo importa más que la posibilidad de retralimenter la misma práctica con el conocimiento científico. Mencionada función dista mucho de ser la supervisión bien entendida; al respecto, Teresa Sheriff define la supervisión como el medio para lograr una acción racional, sistematizada, metódica en una realidad social concreta. Además se sabe que la función de supervisión desarrolla capacidades y habilidades en los sujetos que intervienen en ella; permite planificar acciones acordes a los requerimientos y posibilidades tanto en el nivel institución, como de grupos y a nivel personal.

La política institucional ha consagrado los términos "inspección y vigilancia", tomándolos literalmente de la citada ley para asociarlos a Trabajo Social, pensando que es todo para lo cual existe.

El artículo 98 lo refiere claramente:

" Además de las visitas e inspecciones relacionadas con los bienes de las instituciones, se practicarán las que tiendan a comprobar:

- I. Si los objetos de la Institución están siendo realizados;
- II. Si los establecimientos de asistencia están siendo adecuados para su objeto;
- III. Si los dormitorios, salas de clases, etc. son cómodos e higiénicos;
- IV. Si la alimentación suministrada es suficiente y sana;
- V. Si el servicio y asistencia médica se imparten con regularidad y oportunamente;
- VI. Si el vestuario de los asilados y la ropa de uso en el establecimiento, están en buenas condiciones;
- VII. Si el trato que reciben los beneficiados está o no en consonancia con los fines humanitarios de la institución.
- VIII. Si los beneficiarios reúnen los requisitos señalados en los estatutos, y si en general se cumple con éstos y con las leyes y reglamentos relativos a la asistencia privada."

Con esta tónica las visitas institucionales se programan semana

a semana para cumplir con el número establecido de informes, sin organizar la información y sin planificar las actividades, por lo que cae en el "visitar por visitar". Las acciones que se realizan no llevan una secuencia programática, la información que se vierte ya sea ésta una necesidad concreta, llámese de recurso económico, de personal capacitado, apoyo técnico, insuficiencia alimentaria, problemas en la infraestructura de los establecimientos, etc., no encuentra el tratamiento ni respuesta oportuna de la Dirección y por tanto de la propia Junta de Asistencia Privada (JAP), por lo que las posibilidades de diversificación del ejercicio profesional se limitan por patrones tradicionales, que conservan y reproducen deficiencias administrativo-organizativas al interior de la estructura de la Dirección de Evaluación Asistencial (D.E.A.).

Paralelamente a esta situación, se da que los organismos de asistencia privada, presentan variables muy especiales que van desde los principios que les dan origen, lo cual les adjudica un carácter único, hasta los métodos y actividades que promueven al interior para cumplir con el objetivo que se trazaron y las desviaciones que se suscitan cuando estas acciones se realizan desde lo empírico. Al respecto existen dos factores interactuantes en la generalidad de las I.A.P:

a. Falta de Trabajador Social que contribuya en la operacionalización de sus objetivos y que se constituya en el canal de comunicación y retroalimentación con la Dirección de

Evaluación Asistencial.

b. Este tipo de Asistencia se ha sustentado en principios piadosos y de filantropía que persisten en muchas de las instituciones. Este fundamento hace que se trabaje por buena voluntad, y que cada una se constituya para lo cual cree que debe existir.

Es en el espacio institucional JAP-IAP donde el Trabajador Social tiene una riqueza increíble de trabajo y desarrollo profesional, que inicia por así decirlo, en el análisis de la tarea asistencial en el contexto histórico y presente, pensando en las posibilidades de transformación de una realidad que demanda respuestas claras y no paliativas.

En éste plano ubicar el quehacer de la profesión en el proyecto institucional, buscando utilizar bien los recursos en función de participar con las instituciones y con los sujetos del servicio, pero bajo un proceso educativo, orientador y participativo.

**CAPITULO IV. CASO PRACTICO: ANALISIS DE LA SITUACION ASISTENCIAL
EN TRES AREAS DE SERVICIO QUE CARECEN DE LA
INTERVENCION PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL.**

IV.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El ejercicio profesional en la Junta de Asistencia Privada, permitió conocer y explicar que la ausencia significativa de Trabajadores Sociales en las Instituciones de Asistencia Privada, se debe a que el órgano que las agrupa carece de las políticas y programas para conducir eficazmente el quehacer de la Asistencia Privada; por lo que el apoyo que pueda ofrecer al Subsector de Asistencia Social queda cualitativamente limitado.

IV.2 HIPOTESIS.

Este problema sugirió el siguiente supuesto a probar o no:

" Los servicios asistenciales de Casa-Hogar y Ayudas económicas de las Instituciones de Asistencia Privada carecen de la intervención profesional del Licenciado en Trabajo Social por lo que se proporcionan empíricamente y con deficiencias".

IV.3. Objetivos

De acuerdo a la mencionada hipótesis se plantearon los siguientes objetivos:

1. Demostrar que la ausencia de Trabajadores Sociales en las I.A.P. determina que los servicios sean deficientes.
2. Mostrar el carácter empírico de las actividades que se realizan en los servicios.
3. Detectar la concepción que de Asistencia Social se tiene en las I.A.P.

IV.4. DISEÑO DE INSTRUMENTOS

Se elaboró un cuestionario para aplicarse a través de una entrevista en todas las instituciones de Asistencia Privada que conformaron la muestra.

IV.5. DISEÑO DE LA MUESTRA

El listado de I.A.P. se integró de 63 instituciones con servicio de ayudas económicas; 24 de casa hogar para ancianos y 21 de casa hogar para niños; es decir, 108 de las 204 que se agrupan en la JAP.

El tipo de muestreo utilizado fue el sistemático que "consiste en tomar aleatoriamente un cierto número i , que designará en una lista ó población de N elementos al primero que va a formar parte de la muestra. A continuación de manera rígida ó sistemática se va tomando el elemento $i+K$, que está K lugares después del i -ésimo en la lista, el $i+2K$ lugares después, y así sucesivamente hasta agotar los elementos disponibles de la lista

ó población, lo que ocurrirá cuando se llegue al que ocupa al lugar $1+(n-1)K$.*

N = 108

n=14 (representa el 12% del universo)

108

$\frac{108}{14} \rightarrow 7$

se eligió aleatoriamente un número del 1 al 7, resultando el número 6, número consecutivo en la lista de instituciones y que conforma la primera de la muestra, a partir de ella se tomaron los demás de 7 en 7 hasta completar 14.

IV.6. RECOPIACION DE INFORMACION Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Una vez que se aplicó el cuestionario y se obtuvo la información, se tabuló y codificó en hojas de vaciado de datos, para interpretar, analizar y elaborar su presentación en cuadros y gráficas.

IV.7. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

En cuanto al objetivo asistencial del servicio, perfil de asistido y actividades principales de la institución en función de su objetivo, aparece un cuadro y una gráfica para cada área de servicio, por lo que su análisis e interpretación se hace separadamente, ya que cada área tiene características únicas,

*Azorín, Poch Francisco. "Curso de muestreo y

aplicaciones". Ed. Aguilar, España. 1972, p. 214

no así en el análisis subsecuente, porque lo investigado es aplicable en las tres áreas de servicio.

El 66.66 % de los servicios de ayudas económicas tienen por objeto proporcionar ayuda económica a personas necesitadas; el 16.66 % las que proporcionan ayuda económica a personas e instituciones de Asistencia Privada y el 16.66 % restante proporcionan ayuda en efectivo a I.A.P. (ver cuadro No.1).

Se observa entonces que el criterio común de las I.A.P. con éste servicio, es ayudar preferentemente a personas necesitadas por lo que su atención es individualizada pese a que se destina a un determinado grupo de personas.

De las tres actividades principales se obtuvo que el 25% de las instituciones entrega pensiones, el 16.66% entrega donativos en efectivo; el 16.66% tiene reuniones con los becarios, compra de productos que componen la despensa el 8.33%, distribución de alcancias el 8.33%; reunión mensual del patronato el 8.33% y entregar ayudas en efectivo de única vez el 8.33%. Cabe decir que únicamente dos instituciones mencionaron sus tres actividades principales, las restantes no, por lo que en total se tienen 12 actividades y no 18 (ver cuadro No. 2)

Estos resultados reflejan que la mayor preocupación de la institución es entregar donativos, ya sean pensiones ó becas, y en algunos casos toman por principal aquello que no debería ocuparles trascendentalmente, excepto la que mencionó reunión con becarios.

En cuanto a las características que debe tener la persona que recibe el servicio de la I.A.P. se obtuvo que el 38.46% solicita que sean personas de escasos recursos, el 15.38% que tengan un buen rendimiento escolar, 15.38% que personas mayores de 60 años, el 7.69% pide que sea una familia incompleta, 7.69% sacerdote que no viva en comunidad religiosa, 7.69% ser una institución con objetivo altruista, obteniendo con ello un perfil de asistido tan abierto como las actividades que se realizan, cada cual señala como característica aquello que representa un criterio institucional, lo más usual es pedir que el beneficiado confronte dificultad económica, ya sea ésta una persona ó institución. (ver cuadro No. 3)

El objetivo encontrado en los servicios de casas hogar para ancianos fué :

Brindar casa-hogar a ancianos abandonados en el 66.66% de las instituciones investigadas y el 33.33% restante mencionó: proporcionar casa-hogar a ancianos que no pueden bastarse a si mismos; aunque ambos objetivos caen en el ámbito asistencial, la operacionalización de ellos no, lo cual puede ser comprobado en los resultados sobre perfil de asistido y actividades principales de la institución, que a continuación se presentan.

De las tres actividades principales en este tipo de servicio, resultó que la alimentación, habitación, y recreación obtuvieron el 23.07% cada una, mientras que el 15.38% fué para

la atención médica; otras actividades que se señalaron ocuparon el 7.69% como fué Rehabilitación Física y Terapia ocupacional respectivamente. (ver cuadro No.5)

Ninguna institución con éste servicio refirió como actividad principal la investigación familiar y económica, aunque hayan referido más de tres actividades principales, por ello se amplía el número de respuestas, además en comparación de unos datos con otros, las actividades con mayor puntuación cumplen con la función de una casa-hogar, pero considerablemente menos en los aspectos médicos y de Trabajo Social que son esenciales por el tipo de población que atienden.

Las características del asistido muestran gran disparidad en relación a los objetivos asistenciales: el 27.27% corresponde a que el anciano tenga posibilidad de pagar, el 18.18% personas senectas, 18.18% que se valgan por sí mismos, que presenten algún padecimiento crónico 9.09%, que no tengan con quién vivir el 9.09%, que cuenten con médico particular. 9.09%, y que no padezcan enfermedades 9.09% . (ver cuadro No 6)

De éste perfil se interpreta que el servicio no existe para sujetos con necesidad económica y del establecimiento por causa de abandono, sino que las características que se piden no se rigen por ninguna norma técnica y que más bien el perfil económico descrito responde a los postulados de la institución, a lo que consideran ser útil y para un sector en concreto.

En los servicios de casa hogar para niños y adolescentes se

detectaron los siguientes objetivos:

Proporcionar casa-hogar ó internado 40%

proteger a infantes 40% , y

promover obras de caridad para mejorar el nivel de vida 20%

De lo cual se desprende que no se distingue entre el objetivo de la casa hogar y el objetivo de la Institución de Asistencia Privada, propiamente dicho.

En cuanto a las tres actividades principales de la casa hogar se obtuvo que la alimentación y la habitación se constituyen en las más importantes; con el 25% y el 20% respectivamente, la capacitación ocupacional, recreación, educación formal y atención médica con el 10% cada una, mientras que el trabajo con el niño callejero obtuvo un 5% igual que terapias ocupacionales y deportes (ver cuadro No.8)

Si bien estas actividades son básicas en un servicio como éste, se marca sensiblemente que se destina poca atención al tiempo libre del menor y a su preparación para la vida futura, lo cual sería la educación no formal.

Las características que debe reunir el sujeto para obtener el servicio según la muestra investigada fueron: huérfanos totales 30%; de escasos recursos económicos 20%; niños callejeros 10%; hijos de madres que trabajen 10%; que tengan necesidad del servicio 10%; que provenga de familia incompleta ó desintegrada 10%; y que tenga la edad y sexo que la institución marque, también un 10% .(ver cuadro No 9)

Es evidente que se distingue al sujeto con necesidades, al menos se percibe una problemática concreta, como son los niños callejeros, las familias desintegradas, huérfanos totales, etc. pero sus actividades no reflejan una visión integral del problema ó acorde al planteamiento real de éste.

El segundo bloque de resultados permite terminar el análisis del porqué y dónde están las deficiencias de los servicios investigados.

Lo primero se muestra con el indicador de presencia de Trabajadora Social, resultando que el 42.85% de la muestra sí cuenta con éste profesional; de dicho dato el 50% refirió que es el profesional indicado, el 33.33% que se requiere para estudios socio-económicos y el 16.66% mencionó que se cuenta con T.S. por la importancia de su función. Confrontando los datos con los de actividades principales se denota un vacío importante: en ningún caso se anotó la realización de estudios socio-económicos -como actividad necesaria-lo cual refleja que no es determinante para la institución corroborar ó profundizar en ningún caso el problema que les demanda una atención, por tanto el quehacer del Trabajador Social en lo que a sus funciones concierne, queda sin trascendencia, dejando en duda la veracidad de las respuestas que ya se presentaron, ya que no hay datos que midan el porqué contestan que es el profesional indicado y que su función se considere importante.

La muestra que responde "no contamos con Trabajador Social" es el 57.14%, del cual el 62.50% respondió que no se requiere; el

12.50% restante no contestó. (ver cuadro No 10). Estos importantísimos resultados dejan ver la casi nula intervención de Trabajadores Sociales en las instituciones de asistencia privada y el desconocimiento que existe de la utilidad de sus conocimientos y funciones -entre otros elementos- el Trabajo Social por dichos factores debe existir en todas las instituciones que desarrollan programas ó actividades de bienestar social; las I.A.P. no están teniendo una adecuada conducción en los procedimientos de selección y destinación de sus servicios como una de las consecuencias más notorias.

La pregunta sobre qué persona ó profesionista valora el ingreso del caso, arrojó: Trabajador Social y Director 28.57%, Director 21.42%, Patronato 21.42%, Trabajador Social 7.14%; Trabajador Social y patronato 7.14% .Si consideramos que el 57.12% de la muestra lo representan aquellas personas que no son Trabajadores Sociales y que realizan la valoración del caso, la incidencia de Trabajo Social en ésta función queda restringida y posiblemente incompleta. (ver cuadro No.11)

En cuanto a las preguntas que profesionista realiza el estudio social es el Trabajador Social con el 42.85%, le sigue en porcentaje, el Director, la religiosa y pasantes con el 7.14% cada concepto, un 7.14% contestó que no se realiza estudio social y el 28.57% no respondió. Particularmente pareciera que el Trabajador Social está cumpliendo y realizando una de las funciones básicas y trascendentes, pero si sumamos los porcentajes de las 3 indicaciones siguientes, observamos que en

el 62.27% de la muestra se realiza un estudio, pero es relevante que en el 35.71% no se utilice alguna estrategia. Los datos obtenidos en cuanto a qué etapas comprende ese estudio, nos dan otras perspectivas para éste análisis: entrevista 27.77% ; estudio socio-económico 22.22%; visita domiciliaria el 16.33%; encuesta 5.55%; informe 5.55% citó otro tipo de valoraciones y el 16.66% no respondió. Es decir que para quienes ejecutan un estudio, no hay distinción entre métodos, técnicas e instrumentos de Trabajo Social, ya que se utilizan indiscriminadamente y al gusto de la institución. (ver cuadro No 13).

Por lo que es difícil pensar, que realmente se realice un estudio.

Esta deficiencia hace que no se sepa abordar una problemática concreta, limitando las posibilidades de transformación de las condiciones de vida, desde las situaciones que confrontan los sujetos y paralelamente se da que no haya una adecuada selección de los asistidos.

La existencia de un expediente para cada caso, habla de criterios y seguimientos de los mismos, sobre tal rubro, se obtuvo que el 57.14% de la muestra sí maneja un expediente, el 35.71% no elabora expedientes y un 7.14% no contestó. Este es un reflejo de la falta de ordenamiento que no permite medir a cuales sujetos se asisten, y que sólo se da por dar.

La pregunta sobre qué documentos componen el expediente constata que no existe una normatividad y se desconoce la

función de los expedientes en el procedimiento de atención de los servicios asistenciales, según la muestra un expediente se integra de:

estudio socio-económico 23.07%; valoración médica 15.38%; solicitud de ingreso 11.53%; documentación escolar 7.69%; acta de nacimiento 7.69%; carnet de vacunación 3.84%; informe 3.84% y encuesta 3.84% . (ver cuadro 15).

Como puede observarse la mayoría de éstos documentos son para casas-hogar, no así para servicios de ayudas económicas, donde importa mucho contar con un expediente que contemple un estudio social completo, además los mencionados documentos tienen el carácter de ser comprobantes para un determinado servicio, como sería la escuela, pero es escasa la información sobre el problema que se aborda.

Del profesionalista responsable del control y registro de expedientes se obtuvo: Trabajador Social 35.71%; Director el 21.42%; el 7.14 % la Educadora; Patrono Presidente representa el 7.14%; para el 7.14% de la muestra es la secretaria y el 21.42% representa sin dato. (ver cuadro 16)

Para el tipo de instituciones investigadas es indistinto quien ejecute tal actividad, debido al desconocimiento de la importancia de ella, lo realizan por la autoridad que tienen dentro de la institución, más que saber para qué hacer el registro y control.

Otra de las funciones del Trabajador Social, es llevar el seguimiento de los casos en relación a su núcleo familiar; como

una de las exigencias del estudio social y fases del Método de Casos. Para éste trabajo interesó conocer si se hacía o no el seguimiento, resultando que el 50% no lo realiza; el 21.42% sí lo lleva a efecto; el 7.14% sólo en caso que se amerite y el 21.42% no contestó. (ver cuadro 17)

Sabemos que el seguimiento del caso involucra a los sujetos en su problemática, haciéndolos participativos y no pasivos en relación a sus necesidades, pero ésta función, según los resultados no tiene la importancia que tiene para las I.A.P.

La investigación programada y sistemática de los casos sociales, permite mantener actualizado un expediente y reconsiderar cómo se está atendiendo, permitiendo con ello evaluaciones periódicas acerca del propio trabajo, por ello fué importante conocer si se efectuaban re-investigaciones, encontrándose que el 42.85% de la muestra no las realiza; mientras que el 35.71% mencionó lo contrario, y el 21.42% no respondió. (lo cuestionable es que esos datos no aparecen en los documentos que integran el expediente).

Otra de las actividades importantes dentro de la institución es la orientación a las personas de nuevo ingreso sobre el funcionamiento o reglamento del establecimiento, lo cual es muy importante en el éxito de las relaciones humanas, la convivencia, el respeto a la libertad de los demás, etc. factores que propician el desarrollo positivo de las actividades. Pero es también muy importante quien lo haga y como se manejan los criterios para realizar eficazmente la

función.

Por orden descendente, a continuación se presentan los resultados:

el 29.41% corresponde al Director, el 23.52% al Trabajador Social; el 11.76% representa a las religiosas; el 5.88% al coordinador del programa; 5.88% a la educadora, un 5.88% de la muestra contestó que es indistinto quien lo haga y el 17.64% no contestó. Es pertinente aclarar que en esta pregunta hubo hasta 2 respuestas por ello la frecuencia será 17 y no 14 que es el universo. (ver cuadro 19)

La pregunta sobre el tipo de personal que programa y coordina actividades educativas y recreativas arrojó importantes resultados. El 21.42% representa al personal religioso, el 14.28% al Director; Trabajador Social 7.14%; T.S y Sociólogo 7.14%; T.S y Educadora 7.14%; Director, auxiliar de enfermera y terapeuta 7.14%; el 21.42% no contestó y el 14.28% respondió que no se realizan ese tipo de actividades, este último porcentaje representa a las instituciones con servicios de ayudas económicas. (ver cuadro 20)

Las relaciones públicas son básicas y determinantes en la imagen que se brinde al exterior, su concepto no está ligado a los conceptos de portería, recepción, mensajería, etc., sino que representa acogimiento, cordialidad, orientación, acarcamiento a los diferentes problemas que se plantean por los sujetos demandantes, y algo importante difundir y promover en la sociedad, la necesidad de su participación en la solución de

los problemas sociales. Referente a ello se preguntó qué profesionista sirve de enlace entre la I.A.P y la población que solicita el servicio, de lo que se obtuvo: religiosas 28.57% Trabajador Social 21.42%; patrono presidente 14.28%; educadora 7.14%; patronato y administrador 7.14%; director y administrador 7.14%; director 7.14%; patronato 7.14%.

La pregunta sobre la existencia o no de un programa general de trabajo, permitió interpretar porque tanto desfase entre objetivos y actividades, entre la mezcla de funciones de un Director con el resto del personal operativo y del mismo patronato de la institución, pese a que solamente el 42.85% de la muestra contestó afirmativamente, el 57.14% respondió lo contrario. Pero los resultados anteriores de la presente investigación reflejan que las actividades se guían por la experiencia más que por una planeación efectiva del trabajo. (ver cuadro 21)

Mencionadas diferencias también se miden por la errónea concepción que sobre Asistencia Social se tiene, los datos siguientes lo refieren.

El 54.14% opinó que Asistencia Social es ayudar a la persona necesitada; el 14.28% representa al concepto: prestación que se brinda para satisfacer alguna necesidad; el 7.14% de la muestra contestó: dar atención integral al menor que carece de un hogar; otro 7.14% mencionó que es ayudar económica y moralmente al que no tiene recursos; 7.14% representa otro concepto: la que se otorga a la población que carece de un servicio, y otro

7.14% entiende por Asistencia Social: ayudar al que está en desamparo. (ver cuadro 23)

Al confrontar tales resultados con el concepto legal de Asistencia Social se observa que todos ellos prescriben rasgos de él, pero priva una visión caritativa sobre los problemas sociales. De aquí que el 85.71% opine que el servicio que se proporciona, contribuye a resolver dichos problemas, el 7.14% responde que no se contribuye a resolverlos y el 7.14% restante no contestó. (ver cuadro 24)

Esta fue otra pregunta determinante para demostrar como la falta de Trabajador Social contribuye a la falta de objetividad y reflexión permanente del trabajo.

En cuanto a las acciones que lleva a cabo la institución para prevenir el problema que atienden, se encontró que el 64.28% informó que no se lleva a cabo ninguna; el 14.28% representa formación de grupos; el 7.14% respondió trabajo de calle; el 7.14% visitas domiciliarias, y el 7.14% corresponde a sin dato. (ver cuadro 25).

Por lo que el trabajo institucional responde a las consecuencias y no a los factores causales del problema, esto logra reducir el impacto de los servicios y por tanto limitar las posibilidades de transformación social.

**CAPITULO V. PROGRAMA ALTERNATIVO DE TRABAJO DE
LA DIRECCION DE EVALUACION ASISTENCIAL
DE LA JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA.**

Justificación

El presente programa pretende dinamizar las acciones de la Dirección de Evaluación Asistencial de la Junta de Asistencia Privada (JAP), a fin de lograr una real intervención profesional del Trabajador Social en la Asistencia Privada.

La Dirección de Evaluación Asistencial es el espacio de desarrollo y area responsable de la asesoría y vigilancia del trabajo operativo de las instituciones de asistencia privadas; según lo refiere la Ley de Instituciones de Asistencia Privada, respecto a las funciones de la Junta.

El Licenciado en Trabajo Social debe participar en la planeación, programación, organización y funcionamiento de la Dirección; teniendo como premisa el objetivo de la profesión; el marco legal de la Asistencia Social y la necesidad de corregir las deficiencias detectadas en la investigación.

OBJETIVOS

Conocer el impacto institucional de la Asistencia Privada en

las situaciones sociales que atienden, con el objeto de promover y canalizar sus recursos a las causas que originan dichas situaciones

Establecer en la Dirección de Evaluación Asistencial la supervisión como el recurso administrativo y metodológico más eficaz para asesorar y conducir la Asistencia Privada.

METAS

Inmediatas:

Elaborar el diagnóstico asistencial de cada una de las I.A.P para facilitar el plan de supervisión del Trabajador Social de la Dirección.

Que el 100% de las I.A.P. elabore un programa de trabajo asistencial, bajo la asesoría del Trabajador Social supervisor de la Dirección.

Mediatas:

Modificar los procedimientos de aceptación o no de una I.A.P., previniendo así la constitución de aquellas que no cumplen con los objetivos y la normatividad de la

Asistencia Social.

Que el 100% de las I.A.P. cuente con profesionales en Trabajo Social, para acelerar el proceso de transformación funcional de los servicios asistenciales.

LIMITES

Tiempo: Es un programa permanente que acepta los cambios necesarios, en base a las evaluaciones que se programen y sin que afecte la realización del mismo.

Universo: Todas las IAP con la participación de sus Trabajadores Sociales.

Espacio: Las unidades operativas de Asistencia Privada y las oficinas de la D.E.A.

RECURSOS

Humanos:

- Director de Evaluación Asistencial
- Jefatura de Trabajo Social
- 5 Coordinadores de área asistencial
- 15 Licenciados en Trabajo Social (supervisores)

Materiales: Se requiere material de escritorio para todo el equipo, y para la elaboración de los medios

y materiales de comunicación y didácticos que apoyen el desarrollo de las actividades.

Financieros: Los costos del Programa se cubrirán por la Junta de Asistencia Privada.

FUNCIONAMIENTO

Funciones

Actividades

- Investigación**
- Diseñar el instrumento de investigación.
 - Aplicar el instrumento.
 - Recabar toda la información acerca de los datos generales, necesidades, características particulares y recursos de la institución.
 - Verificación de datos, a través de visitas institucionales, entrevistas, lectura de acta constitutiva, u otros.
 - Análisis de la información.
- Diagnóstico**
- Valorar los factores que inciden en las deficiencias de los servicios.
 - Determinar la jerarquización de los

problemas encontrados.

- Identificar los problemas desde las causas y sus efectos.

- Hacer el señalamiento claro y preciso de los recursos, necesidades, y características de la institución.

- Sistematizar la información por institución para apoyar la elaboración de los programas específicos de cada área.

- Elaboración de dictámenes.

Planeación

- Diseñar los instrumentos que faciliten la integración del expediente por institución según su área de servicio.

- Diseñar los criterios generales y específicos que apoyen la emisión de estudios y dictámenes para constituir una IAP o extinguirla.

- Realizar la reclasificación de las IAP según el área que les corresponda.

- Normar los conceptos de cada una de las

áreas de servicio.

- Establecer las formas de participación y apoyo al Subsector de Asistencia Social; considerando los principios que emanan de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

- Definir las acciones para la programación, recapitulando el resultado de las investigaciones previas y el diagnóstico asistencial.

- Establecer el contenido y uso de la estadística de la información asistencial.

Programación - Elaborar un plan que parta de los recursos de la institución, para lograr objetivos y metas asequibles enmarcados en la Ley de Asistencia Social.

- Elaborar el cronograma de actividades conforme a lo programado.

- Asignación de IAP a los supervisores de la D.E.A.

- Elaboración de formulario de supervisión

según el área de servicio

Funciones específicas

- del Director
- Elaborar el programa anual de actividades de la Dirección de Evaluación Asistencial.
 - Integrar, dirigir y supervisar los programas de acción de la Dirección.
 - Integrar los proyectos de seminarios, talleres, etc., considerando para su elaboración los resultados de las investigaciones e informes de supervisión de las IAP a fin de promover el desarrollo y avances en la Asistencia Privada.
 - Elaborar el programa de capacitación y actualización permanente del personal de la Dirección de Evaluación Asistencial en coordinación con la Jefatura de Trabajo Social.
 - Diseñar conjuntamente con la Jefatura de Trabajo Social las normas que regirán en la prestación de los servicios asistenciales.

- Apoyar los dictámenes que elabore la Jefatura de Trabajo Social, acerca de la creación o extinción de las IAP.

De la Jefatura
de Trabajo
Social

- Elaborar el programa anual de actividades inherentes a su cargo.

- Asesorar la elaboración del programa asistencial.

- Supervisar y evaluar las actividades de las distintas coordinaciones: Asistencia médica; educativa; casa hogar e internados y ayudas económicas.

- Llevar el seguimiento de la supervisión a las coordinaciones.

- Organizar la elaboración de los programas de Trabajo Social en las IAP.

- Establecer y orientar la metodología que en materia de Trabajo Social se aplicará en los servicios asistenciales.

- Supervisar la asesoría que brinden los Trabajadores Sociales supervisores de la

Dirección, a los Trabajadores Sociales de las IAP en la elaboración del programa de su área.

- Rendir informes mensuales a la Dirección.

- Auxiliar al Director en las actividades inherentes a su cargo.

- Realizar el estudio integral para la creación o extinción de las IAP para emitir dictámen.

- Proponer cursos de actualización y capacitación para el personal de Trabajo Social.

De la
Coordinación

- Llevar a cabo la dirección técnica del trabajo individual y grupal del personal a su cargo.

- Vigilar y motivar el cumplimiento de las normas que rigen en la prestación de los servicios asistenciales.

- Realizar mesas de trabajo con los supervisores del área asistencial, tendientes a mejorar las actividades.

- Programar evaluaciones periódicas con el equipo a su cargo, acerca del curso de las funciones y actividades.
- Asistir periódicamente las distintas IAP que se integran a la Coordinación.
- Participar en juntas de trabajo ordinarias y extraordinarias de la Dirección.

De los

Trabajadores Soc.

- supervisores
- Supervisar semanalmente la realización del programa asistencial.
 - Elaborar el informe respectivo.
 - Llevar el control de los expedientes de las IAP que supervisa.
 - Realizar las investigaciones que se consideren necesarias para la elaboración del informe.
 - Apoyar en todo lo concerniente al Trabajador Social de la institución en la implementación del programa de Trabajo Social.
 - Participar en mesas de trabajo, reuniones de

evaluación, etc. que se programen en la coordinación y en su caso en la Dirección.

- Asistir a los cursos, talleres, seminarios etc., que se ofrecen para su capacitación y desarrollo profesional.

Control

- Integración de expedientes.

- Actualización de expedientes.

- Manejo de libreta de control y registro de personas físicas y morales que desean constituir una IAP.

- Establecimiento de juntas de información (avances, retrocesos, desviaciones, etc.), con todas las áreas de la Dirección.

- Mantener actualizado el directorio de instituciones y el fichero por área asistencial.

- Recepción y manejo de la estadística semestral de las IAP.

Evaluación

- La evaluación será un proceso continuo en todas las actividades que competen a la fase de organización, afin de analizar, medir, proponer ajustes, o realizar correcciones de

las mismas, como en los procedimientos utilizados.

Por lo que ya se observan algunos de los instrumentos de la evaluación como son los informes, reuniones, visitas y juntas de trabajo o discusión.

SUPERVISION

Se efectuará permanente por el Director de Evaluación Asistencial, la Jefatura de Trabajo Social y las distintas Coordinaciones, de acuerdo a su competencia, afin de llevar el seguimiento y control del Programa (s).

EVALUACION

Se realizará periódicamente para mantener, mejorar, controlar los avances y resultados del Programa de la Dirección; en cuanto a:

* objetivos

* metas

* actividades

* factores que intervienen en el éxito y fracaso de las acciones

* dinámica del equipo de trabajo y su participación en la implementación del proceso de supervisión de la Dirección
respuesta de las IAP ante la organización que las involucra y que lleva a otra dinámica de trabajo.

- O R G A N I G R A M A -

DIRECCION DE EVALUACION ASISTENCIAL

JEFATURA DE
TRABAJO SOCIAL

Coordinación de
Asistencia Médica

Coordinación de
Asistencia Médica

Coordinación de
Casa-Hogar e
Internados

Coordinación de
Ayudas Económicas

Trabajadores Sociales
15 supervisores

Trabajadores Sociales
15 supervisores

Trabajadores Sociales
15 supervisores

Trabajadores Sociales
15 supervisores

C R O N O G R A M A

ACTIVIDADES

MES

noviembre diciembre enero

diseño del instrumento de investigación

—
aplicación del instrumento

—
recabar la información

—
verificación de datos

—
análisis de la información

EVALUACION

—
valoración de los factores que inciden en
las deficiencias de los servicios

—
jerarquización de los problemas encontrados

—
identificación de los problemas desde sus
causas y efectos

—
señalamiento de los recursos, características
y necesidades de la institución

—
sistematizar la información por institución
para apoyar la elaboración de programas
por área asistencial

—
elaboración de dictámenes

EVALUACION

—
diseño de los instrumentos que faciliten la in-
tegración del expediente por institución

enero febrero marzo

--
diseño de criterios que apoyen la emisión de estudios y dictámenes para constituir o extinguir una institución de asistencia privada. i.a . p.

--
reclasificación de las instituciones según el área que corresponda

--
normar los conceptos de cada una de las áreas de servicio

--
establecer las formas de participación y apoyo al Subsector de Asistencia Social

--
definir acciones para la programación

--
establecer el uso y contenido de la estadística de información asistencial

--
EVALUACION

--
elaborar el plan de trabajo por institución

--
asignación de instituciones a los supervisores (Trabajadores Sociales)

--
elaboración del formulario de supervisión según el área y normatividad propuesta

--
integración de expedientes

--
EVALUACION

CONCLUSIONES

1. La participación de la Humanidad en las situaciones críticas, deja escrito en la Historia, inagotable registro de personas, instituciones, etc., que han dado respuesta desde sus posibilidades a una realidad.

2. El Estado como parte de su objetivo, ofrece también respuestas mediadoras a los problemas sociales, a través de la Política Social. Respuestas que se determinan por el momento histórico y surgen de él.

3. La ayuda social se ha proporcionado y orientado por principios e ideologías que se identifican en tres conceptos: Caridad, Beneficencia y Asistencia Social.

4. La Junta de Asistencia Privada surge hace un siglo, las funciones de entonces confrontadas con las que tiene en el presente, han sufrido escasos cambios, pero éstos son significativamente irrelevantes.

5. La Junta de Asistencia Privada por sus funciones, no apoya al Subsector de Asistencia Social, ni cumple ampliamente los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

6. La Junta no ha recapitulado la experiencia histórica, para corregir sus funciones y actualizarlas a las exigencias de una sociedad en constante cambio.

7. En Asistencia Privada coexisten principios de la Caridad y la Beneficencia.

8. La experiencia es sin duda un recurso valioso en cualquier actividad, pero no debe ser el único. En la prestación de los servicios asistenciales investigados éste es un factor predominante que ha causado deficiencias y estandarizado las formas de atención.

9. La Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal es incompleta, porque da un lugar intrascendente a las acciones asistenciales y su definición y un lugar preponderante a los aspectos financieros y contables.

10. Los servicios en su mayoría son proporcionados por personal no capacitado.

11. La Dirección de Evaluación Asistencial no tiene un programa de trabajo eficaz que promueva el quehacer de la Asistencia Privada, hacia el objetivo que se enmarca en la Ley General de Salud para la Asistencia Social.

12. La Junta de Asistencia Privada, carece de la planeación, programación, organización, dirección y supervisión para conducir el desarrollo y acciones de la Asistencia Privada.

13. Pese a que el 42.85% de las instituciones investigadas sí cuentan con Trabajador Social, los resultados muestran la

relativa participación de éstos, y que las funciones que realiza no tienen mayor utilidad.

14. La ausencia significativa de Trabajadores Sociales en las IAP, aunado al desarrollo de actividades no programadas, donde predomina la experiencia y personal no capacitado hace que los servicios asistenciales se proporcionen con grandes deficiencias y desviaciones.

15. La sociedad civil que crea instituciones de asistencia, no ha sido sensibilizada plenamente sobre para qué, en qué y cómo invertir sus recursos, teniendo como premisa el objetivo que se enmarca en el concepto legal de Asistencia Social.

SUGERENCIAS

1. Implementar talleres y mesas de trabajo en la Dirección de Evaluación Asistencial, para conocer y analizar la Ley General de Salud; la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y la Normatividad, con objeto de apoyar el desarrollo de éste programa, su retroalimentación y plantear modificaciones reales a las funciones de la JAP.
2. Reformar e incluir capítulos especiales sobre Asistencia Social en la Ley de Instituciones.
3. Elaborar el Manual de Organización y Procedimientos de la Dirección.
4. Que sean profesionales en Trabajo Social quienes ocupen los cargos de Dirección, Jefatura y Coordinación.
5. Crear el área de Trabajo Social en las Instituciones.
6. Crear un Departamento de Investigación que retroalimente las funciones de la Dirección y los propósitos de la Asistencia Social.
7. Promover en lo posible las relaciones humanas en la JAP.

BIBLIOGRAFIA

1. Abruch Linder. Miguel. compilador. "Metodología de las Ciencias Sociales". Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán. UNAM, 1983. 396 pp.
2. Ander Egg, Ezequiel. "Introducción a las técnicas de investigación social". 8a.ed. Buenos Aires, Argentina. HVmanitas. 1979.
3. Alvarez Amezcuita. José. et.al. "Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México". México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1960. (4 tomos).
4. Azorin Poch, Francisco. "Curso de muestreo y aplicaciones". Ed. Aguilar. España. 1972.
5. Bustamante E. Miguel. et.al. "La Salud Pública en México" 1959-1982. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México 1982p. 850
6. Cosío, Villegas Daniel. et.al. "Historia Mínima de México". Colegio de México. 7a. reimpresión, México 1983.
7. D'Acosta, Helia. "Una cuna, un libro, una sonrisa". México. Libros de México, 1950. 185 pp.
8. Fernández, Arturo y Rosas, Margarita. "Políticas Sociales y

- Trabajo Social". Buenos Aires, Argentina. HUMANITAS. 1987.
190 pp.
9. Garza, Mercado Ario. "Manual de Técnicas de Investigación".
3a. ed. México. Colegio de México, 1981. 231 pp.
10. Gomezjara, Francisco, et. al. "Trabajo Social y la Crisis".
México. Nueva Sociología, 1986. 371 pp.
11. Ley de Instituciones de Asistencia Privada. México. 1986
12. Ley General de Salud. México 1984.
13. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. México.
1986.
14. México. Secretaría de Programación y Presupuesto. "Plan
Nacional de Desarrollo 1989-1994". México. Talleres
Gráficos de la Nación. 1989. 143 pp.
15. México. Departamento del Distrito Federal. Secretaría
General de Gobierno. Dirección General de Política
Poblacional. "Diagnóstico socio-demográfico del Distrito
Federal". México 1984.
16. México. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la
Familia. "Norma Técnica para la prestación de servicios de
Asistencia Social en Casa Hogar para Niñas".
17. Partida, Virgilio, et.al. "Estudio socio-demográfico del

Distrito Federal". Versión preliminar. México, CONAPO1982.
182 pp.

18. Velasco Ceballos, Rómulo. "El niño mexicano ante la Caridad y el Estado". México. Beneficencia Pública en el Distrito Federal. 1935. 145 pp.

ANEXO I

CUESTIONARIO

ANEXO I.

CUESTIONARIO

1. Mencione el objetivo del servicio asistencial que proporciona la Institución.

2. Señale tres actividades principales de la Institución para cumplir con el objetivo citado.

3. Escriba las características que debe tener la persona que recibe el servicio

4. ¿La institución cuenta con Trabajador Social?

SI

NO

¿por qué?

5. ¿Qué persona o profesionalista valora el ingreso del caso?

6. ¿Qué profesionalista realiza el estudio social?

7. ¿Qué etapas comprende el estudio social que se elabora?

8. ¿Se tiene un expediente de cada caso?

SI

NO

9. ¿Qué profesionalista lleva el registro y control de los expedientes?

10. ¿Qué documentos componen el expediente?

11. ¿Se lleva a cabo el seguimiento del caso en relación a su núcleo familiar para propiciar su integración?

12. ¿Se efectúan periódicamente reinvestigaciones de los casos?

13. ¿Quién orienta a las personas de nuevo ingreso sobre el funcionamiento o reglamento de la institución?

14. ¿Que tipo de personal programa y coordina actividades educativas y recreativas?

15. ¿Qué profesionalista sirve de enlace entre la IAP y la población que concurre a ella a solicitar el servicio?

16. ¿La institución cuenta con un programa definido de trabajo?

17. ¿Qué entiende por Asistencia Social?

18. ¿Considera que este tipo de servicio contribuye a resolver el problema?

19. ¿Qué acciones lleva a cabo la institución para prevenirlo?

ANEXO II

GRAFICAS

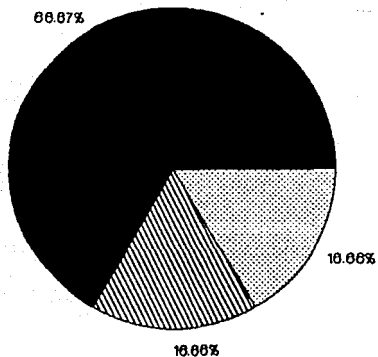
CUADRO 1

OBJETIVO DEL SERVICIO SOCIAL ASISTENCIAL
EN AYUDAS ECONOMICAS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Proporcionar ayuda económica a personas necesitadas.	4	66.66
Proporcionar ayuda económica en efectivo a I.A.P.	1	16.66
Proporcionar ayuda económica a personas necesitadas y asociaciones	1	16.66
TOTAL	6	99.98

GRAFICA 1

OBJETIVO DEL SERVICIO ASISTENCIAL AYUDAS ECONOMICAS



GRAFICA # 1

Proporcionar ayuda económica a personas necesitadas.	66.66%
Proporcionar ayuda económica en efectivo a I.A.P.	16.66%
Proporcionar ayuda económica a personas necesitadas y asociaciones	16.66%
TOTAL	99.98%

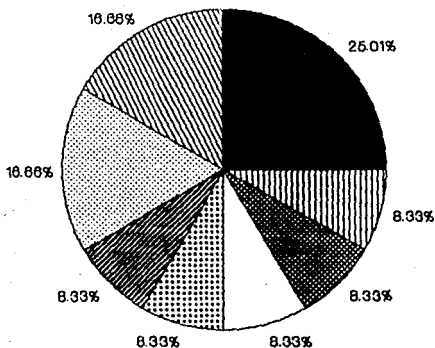
CUADRO 2

ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA INSTITUCION
AYUDAS ECONOMICAS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Entregar pensiones	3	25.00
Entregar donativos en efectivo	2	16.66
Reunión mensual con becarios	2	16.66
Compra de abarrotes	1	8.33
Distribución de alcancías	1	8.33
Reunión mensual de patronato	1	8.33
Inhumaciones	1	8.33
Entregar ayudas de única vez	1	8.33
TOTAL	12	99.97

GRAFICA 2

ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA INSTITUCION AYUDAS ECONOMICAS



GRAFICA # 2

Entregar pensiones	25.00%
Entregar donativos en efectivo	16.66%
Reunión mensual con becarios	16.66%
Compra de abarrotes	8.33%
Distribución de alcancias	8.33%
Reunión mensual de patronato	8.33%
Inhumaciones	8.33%
Entregar ayudas de única vez	8.33%
TOTAL	99.97%

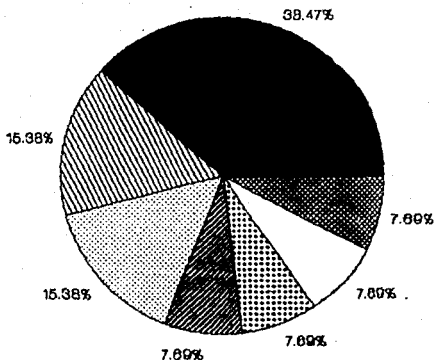
CUADRO 3

PERFIL DEL ASISTIDO
AYUDAS ECONOMICAS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personas de escasos recursos	5	38.46
Personas que tengan buen rendimiento escolar	2	15.38
Personas mayores de 60 años	2	15.38
Familia incompleta	1	7.69
Sacerdote que no viva en comunidad	1	7.69
Ser norteamericano o mexicano de escasos recursos	1	7.69
Institución con objetivo altruista	1	7.69
TOTAL	13	99.98

GRAFICA 3

PERFIL DEL ASISTIDO AYUDAS ECONOMICAS



GRAFICA # 3

Personas de escasos recursos	38.46%
Personas que tengan buen rendimiento escolar	15.38%
Personas mayores de 60 años	15.38%
Familia incompleta	7.69%
Sacerdote que no viva en comunidad	7.69%
Ser norteamericano o mexicano de escasos recursos	7.69%
Institución con objetivo altruista	7.69%
TOTAL	99.98%

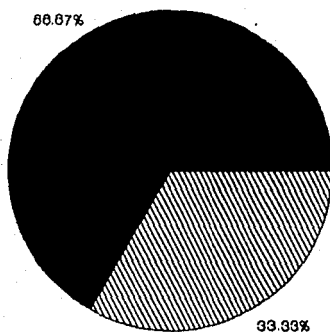
CUADRO 4

OBJETIVO DEL SERVICIO ASISTENCIAL
EN CASA HOGAR PARA ANCIANOS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Brindar Casa hogar para ancianos abandonados	2	66.66
Proporcionar Casa Hogar a ancianos que no puedan bastarse a si mismos	1	33.33
TOTAL	3	99.99

GRAFICA 4

OBJETIVO DEL SERVICIO ASISTENCIAL EN CASA HOGAR PARA ANCIANOS.



GRAFICA # 4

Brindar Casa hogar para
ancianos abandonados

66.66%

Proporcionar Casa hogar a ancianos
que no puedan bastarse a si mismos

33.33%

TOTAL

99.99%

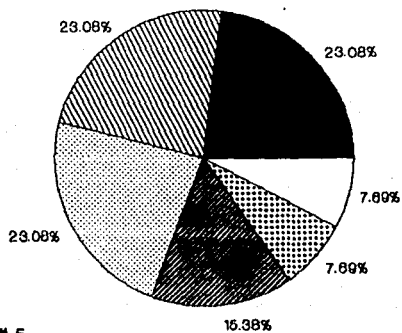
CUADRO 8

ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA INSTITUCION
EN CASA HOGAR PARA ANCIANOS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentación	3	23.07
Habitación	3	23.07
Recreación	3	23.07
Atención médica	2	15.38
Rehabilitación física	1	7.69
Terapia ocupacional	1	7.69
TOTAL	13	99.97

GRAFICA 5

ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA INSTITUCION EN CASA HOGAR PARA ANCIANOS



GRAFICA # 5

Allimentación	23.07%
Habitación	23.07%
Recreación	23.07%
Atención médica	15.38%
Rehabilitación física	7.69%
Terapia ocupacional	7.69%
TOTAL	99.97%

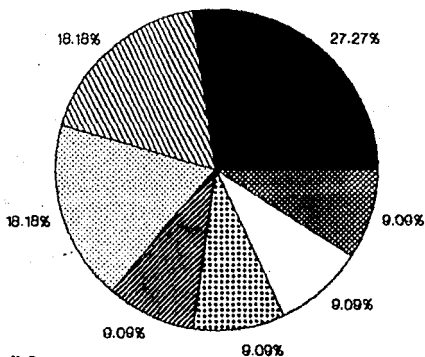
CUADRO 8

PERFIL DEL ASISTIDO
EN CASA HOGAR PARA ANCIANOS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con posibilidad de pagar	3	27.27
Que se valgan por si mismos	2	18.18
Personas senectas	2	18.18
Con algún padecimiento crónico	1	9.09
Que no tengan con quien vivir	1	9.09
Que cuenten con médico particular	1	9.09
Que no padezcan enfermedades	1	9.09
TOTAL	11	99.99

GRAFICA 6

PERFIL DEL ASISTIDO EN CASA HOGAR PARA ANCIANOS



GRAFICA # 6

Con posibilidad de pagar	27.27%
Que se valgan por si mismos	18.18%
Personas senectas	18.18%
Con algún padecimiento crónico	9.09%
Que no tengan con quien vivir	9.09%
Que cuenten con médico particular	9.09%
Que no padezcan enfermedades	9.09%
TOTAL	99.99%

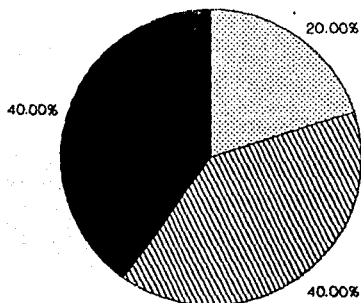
CUADRO 7

OBJETIVO DEL SERVICIO ASISTENCIAL
EN CASA HOGAR PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Proporcionar casa hogar o internado	2	40.00
Proteger a infantes	2	40.00
Promover obras de caridad para mejorar el nivel de vida	1	20.00
TOTAL	5	100.00

GRAFICA 7

OBJETIVO DEL SERVICIO ASISTENCIAL EN CASA HOGAR PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES



GRAFICA # 7

Proporcionar casa hogar o internado	40.00%
Proteger a infantes	40.00%
Promover obras de caridad para mejorar el nivel de vida	20.00%
TOTAL	100.00%

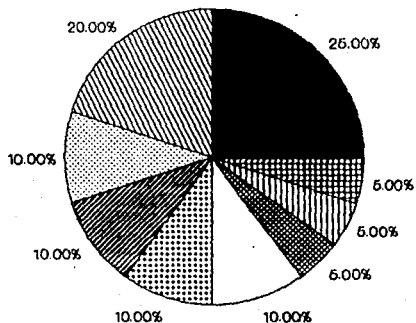
CUADRO 8

ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA INSTITUCION
EN CASA HOGAR PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentación	5	25.00%
Habitación	4	20.00
Capacitación ocupacional	2	10.00
Recreación	2	10.00
Educación formal	2	10.00
Atención médica	2	10.00
Trabajo con el niño callejero	1	5.00
Terapias ocupacionales	1	5.00
Deportes	1	5.00
TOTAL	20	100.00

GRAFICA 8

ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA INSTITUCION EN CASA HOGAR PARA NINOS Y ADOLESCENTES



GRAFICA # 8

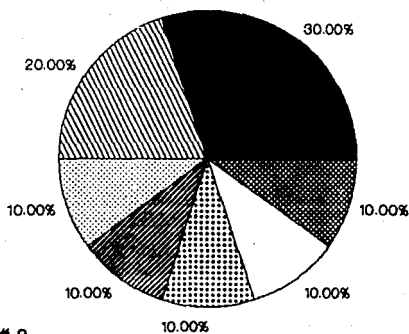
Alimentación	25.00%
Habitación	20.00%
Capacitación ocupacional	10.00%
Recreación	10.00%
Educación formal	10.00%
Atención médica	10.00%
Trabajo con el niño callejero	5.00%
Terapias ocupacionales	5.00%
Deportes	5.00%
TOTAL	100.00%

**PERFIL DEL ASISTIDO EN CASA HOGAR
PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Huérfanos Totales	3	30
De escasos recursos económicos	2	20
Niños callejeros	1	10
Hijos de madres que trabajan	1	10
Que tengan necesidades del servicio	1	10
Que provenga de familia incompleta o desintegrada	1	10
Que tenga la edad y sexo que marca la institución	1	10
TOTAL	10	100

GRAFICA 9

PERFIL DEL ASISTIDO EN CASA HOGAR PARA NINOS Y ADOLESCENTES



GRAFICA # 9

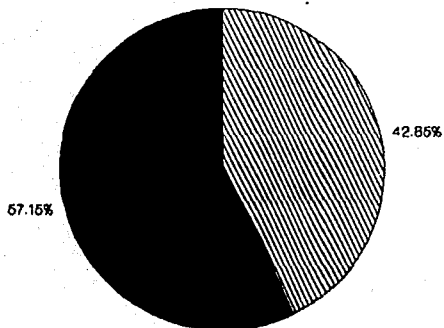
Huérfanos Totales	30%
De escasos recursos económicos	20%
Niños callejeros	10%
Hijos de madres que trabajan	10%
Que tengan necesidades del servicio	10%
Que provenga de familia incompleta o desintegrada	10%
Que tenga la edad y sexo que marca la institución	10%
TOTAL	100%

CUADRO 10**PRESENCIA DE TRABAJADOR SOCIAL EN LA INSTITUCION**

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	42.85
No	8	57.14
TOTAL	14	99.99

GRAFICA 10

PRESENCIA DE TRABAJADOR SOCIAL EN LA INSTITUCION



GRAFICA # 10

SI	42.85%
No	57.14%
TOTAL	99.99%

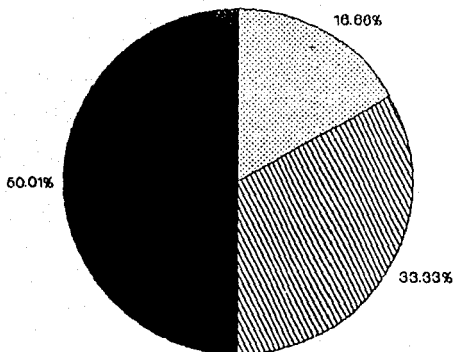
CUADRO 10a

SI ¿ POR QUE ?

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Es el profesional indicado	3	50.00
Se requiere para estudio socio-económico	2	33.33
Por la importancia de su función	1	16.66
TOTAL	6	99.99

GRAFICA 10a

SI POR QUE ?



GRAFICA # 10 a

Es el profesional indicado	50.00%
Se requiere para estudio socio-económico	33.33%
Por la importancia de su función	16.66%
TOTAL	99.99%

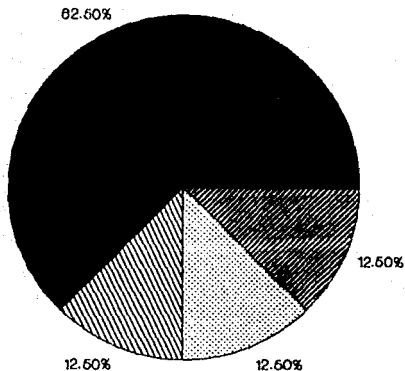
CUADRO 10b

NO ¿ POR QUE ?

CONCEPTO	FRECUCENCIA	PORCENTAJE
No se requiere	5	62.50
No hay presupuesto para contratarlo	1	12.50
No hay servicio directo al público	1	12.50
Sin dato	1	12.50
TOTAL	8	100.00

GRAFICA 10b

NO POR QUE ?



GRAFICA # 10b

No se requiere	62.50%
No hay presupuesto para contratarlo	12.50%
No hay servicio directo al público	12.50%
Sin dato	12.50%
TOTAL	100.00%

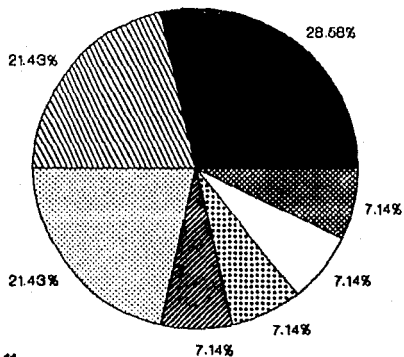
CUADRO 11

PERSONA O PROFESIONISTA QUE VALORA
EL INGRESO DEL CASO

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajador Social y Director	4	28.57
Director	3	21.42
Patronato	3	21.42
Trabajador Social	1	7.14
Trab.Social y Patronato	1	7.14
Religiosas	1	7.14
Director y Patronato	1	7.14
TOTAL	14	99.97

GRAFICA 11

PERSONA O PROFESIONISTA QUE VALORA
EL INGRESO DEL CASO



GRAFICA # 11

Trabajador Social y Director	28.57%
Director	21.42%
Patronato	21.42%
Trabajador Social	7.14%
Trab.Social y Patronato	7.14%
Religiosas	7.14%
Director y Patronato	7.14%
TOTAL	99.97%

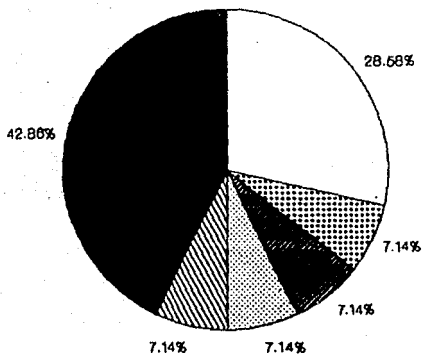
CUADRO 12

PROFESIONISTA QUE REALIZA EL ESTUDIO SOCIAL

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajador Social	6	42.85
Director	1	7.14
Religiosa	1	7.14
Pasantes	1	7.14
No se realiza estudio social	1	7.14
Sin dato	4	28.57
TOTAL	14	99.98

GRAFICA 12 .

PROFESIONISTA QUE REALIZA EL ESTUDIO SOCIAL



GRAFICA # 12

Trabajador Social	42.85%
Director	7.14%
Religiosa	7.14%
Pasantes	7.14%
No se realiza estudio social	7.14%
Sin dato	28.57%
TOTAL	99.98%

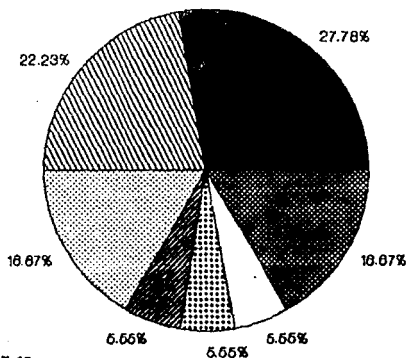
CUADRO 13

ETAPAS QUE COMPRENDE EL ESTUDIO
SOCIAL QUE SE ELABORA

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Entrevista	5	27.77
Estudio socioeconómico	4	22.22
Visita domiciliaria	3	16.66
Encuesta	1	5.55
Informe	1	5.55
Citaron otro tipo de valoraciones	1	5.55
Sin dato	3	16.66
TOTAL	18	99.96

GRAFICA 13

ETAPAS QUE COMPRENDE EL ESTUDIO SOCIAL QUE SE ELABORA



GRAFICA # 13

Entrevista	27.77%
Estudio socioeconómico	22.22%
Visita domiciliaria	16.66%
Encuesta	5.55%
Informe	5.55%
Citaron otro tipo de valoraciones	5.55%
Sin dato	16.66%
TOTAL	99.96%

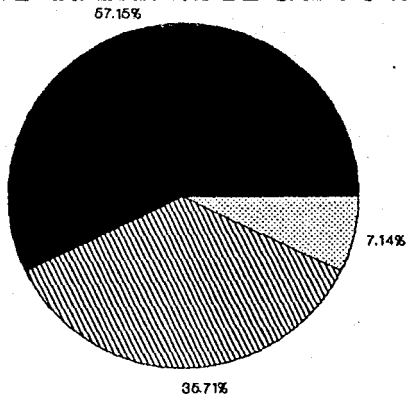
CUADRO 14

EXISTE EXPEDIENTES DE CADA CASO

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	57.14
No	5	35.71
Sin dato	1	7.14
TOTAL	14	99.99

GRAFICA 14

EXISTE EXPEDIENTE DE CADA CASO



GRAFICA # 14

SI	57.14%
No	35.71%
Sin dato	7.14%
TOTAL	99.99%

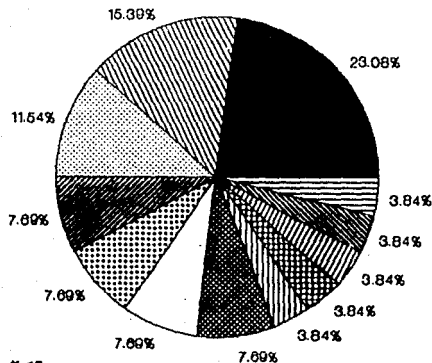
CUADRO 18

DOCUMENTOS QUE COMPONE EL EXPEDIENTE

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudio socioeconómico	6	23.07
Valoración médica	4	15.38
Solicitud de ingreso	3	11.53
Documentación escolar	2	7.69
Acta de nacimiento	2	7.69
Ficha de cuota de recuperación	2	7.69
Ficha del médico responsable	2	7.69
Carnet de vacunación	1	3.84
Fotografías	1	3.84
Antecedentes del menor	1	3.84
Informe	1	3.84
Encuesta	1	3.84
TOTAL	26	99.94

GRAFICA 15

DOCUMENTOS QUE COMPONE EL EXPEDIENTE



GRAFICA # 16

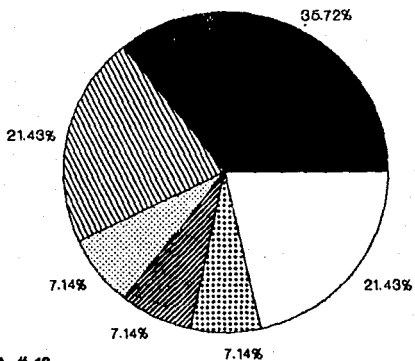
Estudio socioeconómico	23.07%
Valoración médica	15.38%
Solicitud de ingreso	11.53%
Documentación escolar	7.69%
Acta de nacimiento	7.69%
Ficha de cuota de recuperación	7.69%
Ficha del médico responsable	7.69%
Carnet de vacunación	3.84%
Fotografías	3.84%
Antecedentes del menor	3.84%
Informe	3.84%
Encuesta	3.84%
TOTAL	99.94%

PROFESIONISTA QUE LLEVA EL REGISTRO
Y CONTROL DE EXPEDIENTES

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabajador Social	5	35.71
Director	3	21.42
Educadora	1	7.14
Presidente de Patronato	1	7.14
Secretaria	1	7.14
Sin dato	3	21.42
TOTAL	14	99.97

GRAFICA 18

PROFESIONISTA QUE LLEVA EL REGISTRO Y CONTROL DE EXPEDIENTES



GRAFICA # 18

Trabajador Social	35.71%
Director	21.42%
Educadora	7.14%
Presidente de Patronato	7.14%
Secretaria	7.14%
Sin dato	21.42%
TOTAL	99.97%

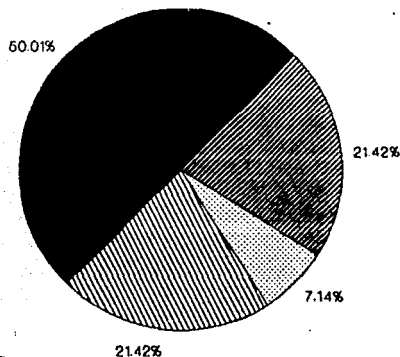
CUADRO 17

SEGUIMIENTO DEL CASO EN RELACION
A SU NUCLEO FAMILIAR

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	7	50.00
Si	3	21.42
En caso que se amerite	1	7.14
Sin dato	3	21.42
TOTAL	14	99.98

GRAFICA 17

SEGUIMIENTO DEL CASO EN RELACION A SU NUCLEO FAMILIAR



GRAFICA # 17

No	50.00%
SI	21.42%
En caso que se amerite	7.14%
Sin dato	21.42%
TOTAL	99.98%

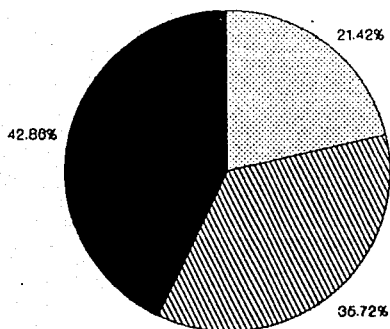
CUADRO 18

SE EFECTUAN REINVESTIGACIONES PERIODICAS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	6	42.85
Si	5	35.71
Sin dato	3	21.42
TOTAL	14	99.98

GRAFICA 18

SE EFECTUAN REINVESTIGACIONES PERIODICAS



GRAFICA # 18

No	42.85%
SI	35.71%
Sin dato	21.42%
TOTAL	99.98%

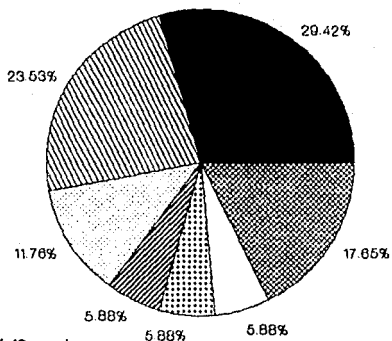
CUADRO 19

PROFESIONISTA QUE ORIENTA A LAS PERSONAS DE NUEVO INGRESO
 SOBRE EL FUNCIONAMIENTO O REGLAMENTO DE LA INSTITUCION

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Director	5	29.41
Trabajador Social	4	23.52
Religiosas	2	11.76
Coordinador del Programa	1	5.88
Educadora	1	5.88
Indistinto	1	5.88
Sin dato	3	17.64
TOTAL	17	99.97

GRAFICA 19

PROFESIONISTA QUE ORIENTA A LAS PERSONAS
DE NUEVO INGRESO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO
O REGLAMENTO DE LA INSTITUCION



GRAFICA # 19

Director	29.41%
Trabajador Social	23.52%
Religiosas	11.76%
Coordinador del Programa	5.88%
Educadora	5.88%
Indistinto	5.88%
Sin dato	17.64%
TOTAL	99.97%

CUADRO 20

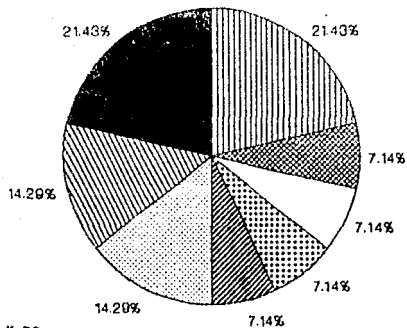
PERSONAL QUE PROGRAMA Y COORDINA ACTIVIDADES
EDUCATIVAS Y RECREATIVAS

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Religiosas	3	21.42
Director	2	14.28
No se realizan este tipo de actividades [*]	2	14.28
Trabajadora Social	1	7.14
T.S. y Sociólogo	1	7.14
T.S. y Educadora	1	7.14
Director; aux. de Enfermera y Terapista	1	7.14
Sin dato	3	21.42
TOTAL	14	99.96

* En I.A.P. que proporcionan Ayudas económicas

GRAFICA 20

PERSONAL QUE PROGRAMA Y COORDINA
ACTIVIDADES
EDUCATIVAS Y RECREATIVAS



GRAFICA # 20	
Religiosas	21.42%
Director	14.28%
No se realizan este tipo de actividades	14.28%
Trabajadora Social	7.14%
T.S. y Sociólogo	7.14%
T.S. y Educadora	7.14%
Director; aux. de Enfermera y Terapeuta	7.14%
Sin dato	21.42%
TOTAL	99.95%

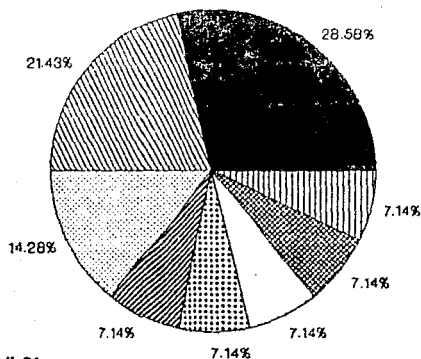
CUADRO 21

PROFESIONISTA DE ENLACE ENTRE I.A.P. Y POBLACION
QUE SOLICITA EL SERVICIO

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Religiosas	4	28.57
Trabajador Social	3	21.42
Patrono Presidente	2	14.28
Educadora	1	7.14
Patronato y Administrador	1	7.14
Director y Administrador	1	7.14
Director	1	7.14
Patronato	1	7.14
TOTAL	14	99.97

GRAFICA 21

PROFESIONISTA DE ENLACE ENTRE I.A.P
Y POBLACION QUE SOLICITA EL SERVICIO



GRAFICA # 21

Religiosas	28.57%
Trabajador Social	21.42%
Patrono Presidente	14.28%
Educadora	7.14%
Patronato y Administrador	7.14%
Director y Administrador	7.14%
Director	7.14%
Patronato	7.14%
TOTAL	99.97%

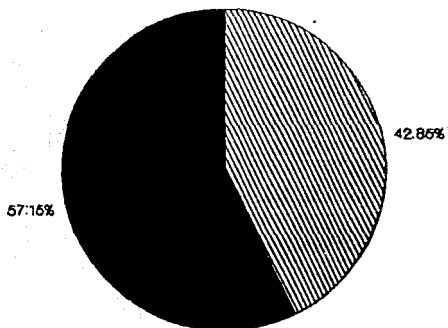
CUADRO 22

PROGRAMA DE TRABAJO EN LA INSTITUCION

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	8	57.14
SI	6	42.85
TOTAL	14	99.99

GRAFICA 22

PROGRAMA DE TRABAJO EN LA INSTITUCION



GRAFICA # 22

No	57.14%
Si	42.85%
TOTAL	99.99%

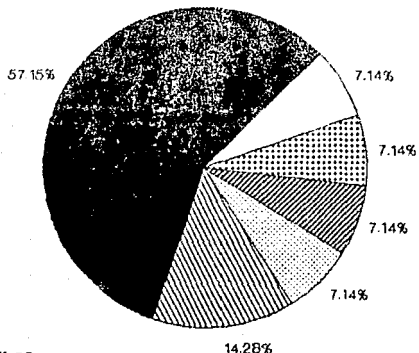
CUADRO 23

LO QUE SE ENTIENDE POR ASISTENCIA SOCIAL

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ayudar a la persona necesitada	8	57.14
Prestación que se brinda para satisfacer alguna necesidad	2	14.28
Dar atención integral al menor que carece de un hogar	1	7.14
Ayudar económica y moralmente al que no tiene recursos	1	7.14
La que se otorga a la población que carece de un servicio	1	7.14
Ayudar al que esta en desamparo	1	7.14
TOTAL	14	99.98

GRAFICA 23

LO QUE SE ENTIENDE POR ASISTENCIA SOCIAL



GRAFICA # 23

Ayudar a la persona necesitada	57.14%
Prestación que se brinda para satisfacer alguna necesidad	14.28%
Dar atención integral al menor que carece de un hogar	7.14%
Ayudar económica y moralmente al que no tiene recursos	7.14%
La que se otorga a la población que carece de un servicio	7.14%
Ayudar al que esta en desamparo	7.14%
TOTAL	99.98%

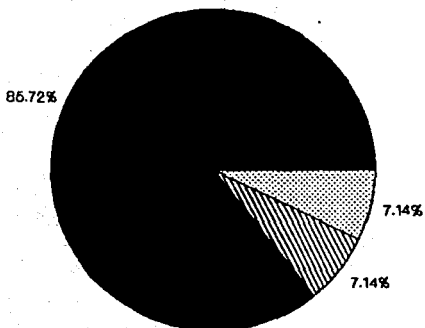
CUADRO 24

EL SERVICIO QUE SE PROPORCIONA CONTRIBUYE
A RESOLVER EL PROBLEMA

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	85.71
No	1	7.14
Sin dato	1	7.14
TOTAL	14	99.99

GRAFICA 24

EL SERVICIO QUE SE PROPORCIONA CONTRIBUYE A RESOLVER EL PROBLEMA



GRAFICA # 24

Si	85.71
No	7.14
Sin dato	7.14
TOTAL	99.99

CUADRO 25

ACCIONES QUE LLEVA A CABO LA INSTITUCION PARA PREVENIRLO

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	9	64.28
Formación de grupos	2	14.28
Trabajo en la calle	1	7.14
Visitas domiciliarias	1	7.14
Sin dato	1	7.14
TOTAL	14	99.98