

46
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO
SOCIAL

EVALUACION DEL ESTUDIO SOCIAL DE INGRESO EN
UNA INSTITUCION DE TERCER NIVEL DE ATENCION, SU
UTILIDAD CON RESPECTO A LA INSTITUCION Y A LAS
NECESIDADES SOCIALES DEL USUARIO.

Que para obtener el Título de
Licenciado en Trabajo Social
p r e s e n t a n

Pérez Verazaluce Ivonne

Silva Méndez Guadalupe del Pilar

DEL TÍTULO SOCIAL
DE TRABAJO SOCIAL
Y EXAMENES
PROFESIONALES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Junio de 1991



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.	PAG.
INTRODUCCION.	4
CAPITULO I. LA SALUD EN MEXICO.	
1.1 Concepto de salud.	7
1.2 Estado actual del Sector Salud en México.	9
1.2.1 Antecedentes cronológicos.	9
1.2.2 Plan Nacional de Desarrollo.	21
1.2.3 Políticas (Plan Nacional de Desarrollo).	23
1.3 Sector Salud.	27
1.3.1 Objetivos generales del Sector Salud .	30
1.4 Sistema Nacional de Salud.	32
1.5 Servicios de Salud (niveles de atención).	35
1.6 Organización de los Servicios de Salud.	40
CAPITULO II. ANTECEDENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.	
2.1 Reseña histórica del Instituto Nacional de Perinatología .	42
2.1.1 Salud materno-infantil.	45
2.2 Características de la atención médica en el Instituto.	48
2.2.1 Características del instituto en el área asistencial.	49
2.2.2 Perfil de la población a la que brinda sus servicios.	50
2.3 Organización general del Intituto Nacional de	

	PAG.
Perinatología.	55
2.3.1 Organigrama de Trabajo Social.	55
2.4 Funciones de Trabajo Social en el Instituto Nacional de Perinatología.	56
CAPITULO III. INVESTIGACION DE CAMPO. SOBRE EL ESTUDIO SOCIAL DE INGRESO Y SU RELACION CON LAS NECESIDADES SOCIALES DEL USUARIO.	
3.1 Justificación.	53
3.2 Objetivos.	65
3.3 Hipotesis.	66
3.4 Proceso de Investigación .	66
3.5 Resultados.	70
3.6 Descripción de cuadros comparativos.	73
3.7 Proceso y resultados de formación de grupos.	94
3.8 Análisis e interpretación de resultados.	103
3.9 Conclusiones.	114
CAPITULO IV. PROFUESTA DE TRABAJO.	
4.1 Propuesta.	118
CONCLUSIONES GENERALES.	123
SUGERENCIAS.	129
BIBLIOGRAFIA.	131
ANEXO.	139

INTRODUCCION.

La marcada dependencia de América Latina en relación a las políticas internacionales emanadas por los países desarrollados, repercute en forma considerable en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales de nuestro país, lo que se traduce en problemas internos tales como el alto índice de desempleo, que da como resultado la falta de recursos para adquirir satisfactores necesarios que prevengan problemas de salud, tanto físicos como mentales y faciliten un nivel de vida adecuado, lo anterior se refleja en un alto porcentaje de la población y en el índice de enfermedades.

El problema de la salud en México es estructural, ya que las condiciones de salud de la población dependen de una serie de elementos, que en su conjunto determinan el proceso salud-enfermedad, como son la vivienda, la alimentación, educación e ingresos entre otros, todo esto refleja las condiciones de vida de la población y depende de la estructura económica y de la organización social, lo que determina que un gran número de familias carezcan de atención médica especializada o bien de que ésta sea inadecuada; en ocasiones por falta de recursos e información sobre las instituciones que ofrecen estos servicios.

Es por ello, que surge el Instituto Nacional de Perinatología como un organismo más, descentralizado, que tiene como objetivo primordial, "Llegar a niveles que permitan ofrecer un servicio de alta calidad en la solución óptima de

problemas de riesgo materno, perinatal y reproducción humana". Para ello, el Instituto, requiere de la participación multidisciplinaria que contribuya a lograr su objetivo.

Siendo el trabajo social una de las disciplinas que a través de su campo profesional se aboca al estudio del bienestar social, debe satisfacer de alguna manera las demandas de la población, mediante programas que pretenden minimizar su problemática médico-social, es decir, debe contribuir a través de su metodología, al conocimiento de problemas y recursos de la comunidad, por medio de una planificación y administración de acciones y recursos que le permitan lograr la transformación social para el desarrollo integral del hombre.

Por tal razón, la presente investigación, esta encaminada a: Evaluar un estudio social de ingreso en una institución de salud de tercer nivel de atención, y su utilidad con respecto a la institución, así como, a las necesidades sociales de los usuarios, a través de la aplicación de un cuestionario piloto en consulta externa pediátrica a madres de lactantes menores, para detectar la confiabilidad y veracidad de la información que proporcionan, principalmente en el estudio social inicial.

En el desarrollo de este trabajo se hablará de manera general de lo que es la salud, los cambios que ha sufrido el sector salud en México, así como de las políticas del Plan Nacional de Desarrollo que contiene las acciones concretas para disminuir la problemática concierne a la salud; posteriormente, partiendo de este marco de referencia se

situará históricamente al Instituto Nacional de Perinatología, que será el centro de esta investigación, y las funciones que realiza el trabajador social dentro del instituto.

Además, se realizará el análisis del diseño de investigación, constituido en cinco pasos:

- 1) Justificación del tema
- 2) Objetivos de la investigación
- 3) Hipótesis de trabajo
- 4) Procedimiento y recopilación de datos
- 5) Análisis e interpretación de resultados; lo cual permitirá llegar a la visión real y objetiva del problema planteado.

Del análisis de esta investigación, se partirá para proponer alternativas de solución que estén ligadas a conocer la situación socioeconómica real del usuario, así como, el proyecto de motivación y sensibilización, que permita al usuario, tomar conciencia de la importancia de la confiabilidad de sus datos a este respecto, además de los beneficios que puede otorgarle el instituto si es que existe un compromiso más formal con éste.

CAPITULO I. - LA SALUD EN MEXICO.

1.1 CONCEPTO DE SALUD.

Las ideas sobre lo que es la salud y como conservarla han cambiado al paso del tiempo por efectos del desarrollo de la sociedad y la tendencia a aplicar recursos científicos para resolver problemas humanos, principalmente sobre salud.

Con el nacimiento de la Organización de las Naciones Unidas, después de la segunda guerra mundial, la cooperación internacional en la mayoría de los aspectos de los asuntos sanitarios se formalizó en un organismo central, esto es: la organización mundial de la salud (O.M.S). el precedente de esta lo había puesto la comisión sanitaria de la Sociedad de las Naciones, en los años veintes y treintas. Inclusive esta pequeña organización había logrado llevar a cabo estudios epidemiológicos de algunas enfermedades y asistir a los servicios sanitarios de naciones atrasadas.

La Organización Mundial de la Salud, ha establecido que el "goce del nivel de salud mas alto posible, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencias políticas o posición social.

La salud de todos los pueblos es fundamental para la consecución de la paz y la seguridad y depende de la cooperación mas plena de los individuos y los estados. Los logros de cada estado en el fomento y la protección de la salud son valiosos para todos ellos".(1)

(1) MILLER, Benjamin, "Salud individual y colectiva", Edit. Interamericana; México, 1980, pp.70-72.

Es por esta razón, que la Organización Mundial de la Salud ha propuesto una definición de salud que es diferente de las ideas populares y del concepto médico, y es la siguiente, "la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, si no el estado de completo equilibrio físico, mental y social".(2). Esta definición puede analizarse desde tres aspectos que son:

- 1.- Ausencia de enfermedad, significado aparente.
- 2.- completo equilibrio físico, psíquico, que se refiere a la capacidad de adaptación a diferentes condiciones ambientales, y
- 3.- completo equilibrio social, que no había sido mencionado hasta ahora.

Las partes uno y dos de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, se refieren al individuo y representan el campo de acción de los médicos y enfermeras. El tercer punto, es una aspiración justa y necesaria, abarca no sólo al individuo sino también a toda la sociedad, pero rebasa los alcances de la medicina moderna.

La salud no sólo está condicionada a factores biológicos sino también a los del ambiente físico, y como características del hombre al medio sociocultural, es una situación de equilibrio dinámico, con el ambiente funcionando el organismo al óptimo de su capacidad, lo importante es que en esta interacción hombre-ambiente exista un equilibrio tanto del medio interno como del externo.

Siendo el hombre un ser gregario por naturaleza, la

(2) PEREZ, Ruy, "Salud y enfermedad", Edit. CECOSA, México, 1984, p. 14

convivencia con otras personas es imprescindible para el óptimo desarrollo de sus potencialidades; de aquí, la importancia de considerar la salud como el patrimonio del grupo al que pertenece el individuo y no como un objeto de propiedad de cada uno de sus miembros.

Es por ello necesario, hacer énfasis en el ámbito de la salud pública, a la que Winslow la define como "El conjunto de ciencias y artes para impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad", para que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de un derecho natural de la salud y la longevidad. (3)

Ya que la salud es un recurso biológico que favorece la productividad del hombre, así como, la economía de la población; y que se traduce en elevación del nivel de vida y como consecuencia en bienestar comunal. El ejercicio de la salud pública tiene como objetivo hacer llegar los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población mediante la organización de sistemas que administran los recursos en función de las necesidades del país.

1.2 ESTADO ACTUAL DEL SECTOR SALUD EN MEXICO.

1.2.1 ANTECEDENTES CRONOLÓGICOS.

La evolución institucional de los servicios de salud en nuestro país puede dividirse en tres grandes etapas: la

(3) VEGA FRANCO, Leopoldo, "Bases esenciales de la salud pública", Edit. Prensa médica, México, 1989, p.6-7.

primera, abarca de la reforma a la revolución; la segunda se inicia con la constitución política de 1917 y termina en 1932, y la tercera empieza con la actual gestión presidencial a partir de las medidas adoptadas con el propósito de consolidar un Sistema Nacional de Salud.

Desde fines del siglo pasado, en lo referente a la atención médica colectiva, la caridad de los particulares fue sustituida por la beneficencia como función administrativa del gobierno en beneficio del pueblo. Esto marcó el inicio del reconocimiento de que la salud no es patrimonio de una clase privilegiada, sino derecho de todos y, por lo mismo, es obligación del Estado cuidar de su mejoramiento, conservación y restauración.

El presente siglo se inició con la modernización y con la fundación de importantes instituciones oficiales y privadas de atención médica y de asistencia social, entre las que se encuentran: el Hospital General de la Ciudad de México, la Escuela para Sordomudos en la Ciudad de México y Zacatecas, la Escuela para Ciegos, el Hospital de la Beneficencia Española, el Hospital Americano, el Hospital Francés, el Hospital Colonia, el Hospital General O'horan y el asilo para enfermos mentales en Yucatán, el Hospital General de Puebla, el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental, el Hospital de Inválidos, el Manicomio de la Castañeda y el Hospital Inglés.

En el campo de la salud principió, además, el registro permanente y oficial de información estadística, especialmente

la relativa a padecimientos transmisibles.

Este periodo se caracteriza por la creación de establecimientos, por iniciativa gubernamentales y privadas poco relacionadas entre sí, pero con intención común de proteger al cuerpo social y asistir al indigente.

En la constitución de 1917, se consolida el reconocimiento oficial del derecho a la salud y se acepta que ésta no depende exclusivamente de acciones medicas, sino que es resultado del mejoramiento de los factores sociales que determinan el nivel de vida.

Se inicia el periodo institucional que terminaría en 1959 y que de acuerdo con Veronelli, se distingue por la consolidación de las instituciones reguladoras con poder asignado para cumplir sus funciones de protección de la salud colectiva, permitiendo mayor presteza en la ejecución de las medidas, por lo que alcanzan el rango de secretaria; los hospitales vinculados con el gobierno se multiplican, se crea el seguro social obligatorio, y las instituciones de salud crecen y adquieren mayor complejidad.

En 1917, se crea el Departamento de Salubridad Pública y se reestructura el consejo de salubridad.

En 1921, se realiza el primer Congreso Mexicano del Niño; se abren al público dispensarios antivenericos; se intensifica la campaña contra la fiebre amarilla y la desratización, en puertos y ciudades fronterizas; se funda el primer centro de higiene infantil en la Ciudad de Mexico. A partir de esa fecha

se concede mayor interés a las medidas preventivas y a la cooperación de la comunidad para la realización de los planes de salud.

En 1922, se funda la Escuela de Salubridad con el fin de mejorar la preparación técnica del personal y se celebra la primera convención sanitaria nacional.

En 1924, se inicia una profunda reforma en la organización de la beneficencia pública. De igual manera se refuerzan las acciones sanitarias y se expide el decreto presidencial que hace obligatoria la vacunación y revacunación contra la viruela para todos los habitantes del país, se federalizan las campañas antituberculosa, antivenérea, antirrábica, antiamarilla y otras.

En 1925, por acuerdo presidencial, se organizan los servicios sanitarios de carácter federal y se nombran los delegados en los estados, puertos, y poblaciones fronterizas.

En 1926, se reforma el Código Sanitario para prever el establecimiento de contratos de coordinación entre el Departamento de Salubridad y los gobiernos de los Estados.

En 1929, se crea el servicio de higiene infantil y los centros de la "gota de leche" que distribuían desayunos para niños.

El decenio de 1930-1940, se inicia un gran movimiento para la salud en todos los órdenes, con énfasis en las zonas rurales. Como resultado del primer Congreso de Higiene Rural, se crean los Servicios Ejidales Cooperativos y consecuentemente se inicia el servicio social de los estudiantes de medicina.

En 1931, se promulga la Ley Federal del Trabajo, que da lugar en 1934, al Reglamento de Medidas Preventivas de Accidentes del Trabajo, cuyos antecedentes inmediatos se encuentran en el artículo 123 de la Constitución de 1917.

En 1937, se instituye el Departamento de Asistencia Social Infantil que se deroga ese mismo año, al crearse la Secretaría de Asistencia Pública, con base en la obligación reconocida por el Estado de suministrar ayuda a los débiles sociales, se inicia la construcción de una gran red de servicios hospitalarios integrada por 116 nosocomios en la República.

En 1938, se promulga el estatuto Jurídico de los Trabajadores del Estado, quedando amparados por las leyes laborales del país. En este mismo año, se crean los servicios médicos de Petróleos Mexicanos. El nuevo concepto de asistencia modifica las ideas de caridad y dadiva que impregnaban a los servicios médicos y que hasta entonces, había predominado. Se introduce el concepto de participación de la comunidad en las tareas de salud. La creación de Comités Nacionales, como el de la lucha contra la tuberculosis, y, mas tarde, de Instituciones de Seguridad Social, son ejemplos de esta participación directa de la colectividad.

Durante el periodo de 1940-1950, continuaron las actividades iniciadas en el decenio anterior, coordinación de servicios gubernamentales, participación de la comunidad y ampliación de la red hospitalaria.

En 1941, se inicia el plan tendiente a establecer un

sistema hospitalario para el país, que se definiría dos años más tarde en el primer Congreso Nacional de Asistencia.

El 4 de Enero de 1943, se promulga la Ley del Seguro Social para amparar los riesgos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, dolencias no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada. En consecuencia, se crea el Instituto Mexicano de Seguro Social, organismo descentralizado que sirve a la población asalariada y a sus dependientes económicos, con un régimen autónomo y contributivo de administración tripartita.

En Octubre de 1943, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al fusionarse la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. Durante este año se inaugura el Hospital del niño, primero en su género en México, centro importante para la prevención, curación, rehabilitación e investigación de los padecimientos infantiles y en la preparación de médicos especialistas.

En 1944, se inaugura el Instituto Nacional de Cardiología para hacer frente a los padecimientos cardiovasculares cuya incidencia aumentaba cada vez mas, por la calidad de su trabajo pronto adquirió fama y prestigio dentro y fuera del país.

En 1947, se funda la Asociación Pronutición Infantil y el servicio de desayunos escolares.

En 1953, se crea el Programa de Bienestar Social Rural, que buscaba el desarrollo de la comunidad como elemento determinante de su salud. En ese mismo año, se crea la Dirección

General de Higiene Escolar y Servicios Médicos de la Secretaría de Educación Pública.

El decenio de 1950-1960, se caracteriza por el impulso a la atención de la salud rural, la ampliación de la red de servicios sanitarios-asistenciales y el señalamiento de metas más ambiciosas en la lucha contra las enfermedades transmisibles: se erradica la viruela y se inicia la lucha contra el tifo y el paludismo, así como la construcción del Centro Médico Nacional. Se establecieron dos Subsecretarías, la de Asistencia y la de Salubridad, dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se fundaron los primeros Departamentos de Medicina Preventiva en los hospitales y en las escuelas de medicina de Veracruz y de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Otras acciones trascendentales para la seguridad social tuvo lugar en 1959, la creación del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales para los Trabajadores del Estado. A partir de este momento se inicia el periodo de la configuración del sistema de servicios de salud mexicanos; se fomenta el crecimiento de establecimientos públicos; se introducen las técnicas de programación y más tarde de planificación y de formulación de planes nacionales; se fortalecen los seguros sociales y su cobertura creando un sistema de servicios de calidad, complejidad y costos elevados con tendencia a la burocratización excesiva; se inician los movimientos en pro de la integración para que la secretaría tome la conducción del

sector o sistema de salud.

El decenio de 1960-1970, se destaca por el interés en lograr la coordinación de los sistemas de salud existentes, dependientes de organismos gubernamentales diversos, para evitar la duplicación innecesaria de acciones, aprovechar mejor los recursos disponibles y planear conjuntamente sus actividades. Con ese fin se instituye en 1964, la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social.

En 1961, se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, que en 1968 da lugar a la creación del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez.

En 1971, se crea la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente y se expide la ley Federal para la Prevención y Control de la Contaminación Ambiental.

En 1973, se expide el nuevo Código Sanitario y son remodelados lo Hospitales General de México y Juárez, de la entonces llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia. Se realiza la primera Convención Nacional de Salud, con base en las recomendaciones de la citada convención, se procedió a formular el Plan Nacional de Salud para el decenio de 1974-1983, que perseguía el funcionamiento coordinado de un Sistema Nacional de Salud, uniformando los aspectos básicos, sin perder la autonomía ni las obligaciones legales.

En 1976, se crea el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia, teniendo como origen al Instituto Nacional de

Protección a la Infancia. Se crea el Instituto de Seguridad Social para la Fuerza Armada y dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se crea una cuarta subsecretaría, la de Planeación, que desaparece en 1979.

En 1978, se expide el Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social, acorde con las disposiciones surgidas de la reforma administrativa en el sector público federal cuyos objetivos son sensiblemente iguales a los expresados en el citado Plan Nacional.

En 1981, se crea la Coordinación de Servicios de Salud dependiente de la Presidencia de la República, con la finalidad de realizar estudios tendientes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud.

En Diciembre de 1982, se agrega al artículo cuarto de la Constitución Mexicana, un párrafo en cuyo inicio dice, "Toda persona tendrá derecho a la protección a la salud". Así mismo, se reformaron los artículos 12 y 13 del Código Sanitario; la primer enmienda responsabilizando a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de que las dependencias y entidades federales se coordinen para el establecimiento del Sistema Nacional de Salud y la segunda enmienda facultándola para celebrar convenios con los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal, con el propósito de establecer los servicios coordinados de salud pública. Así mismo, fueron reformadas las leyes del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para que el Secretario de Salubridad y

Asistencia tome parte del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Junta de Gobierno del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

El Sistema Nacional de Salud no es "Un aparato burocrático nuevo, sino de un sistema conducido por las autoridades sanitarias en el que las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonios propios de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente".

Una modificación legalmente importante para que puede interpretarse como un retroceso en la lucha que inició la Secretaría de Salubridad y Asistencia contra los factores condicionantes de los problemas de salud en México, lo constituye el decreto del 29 de Diciembre de 1982, que reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en cuyo artículo 39 dice a la letra: "A la Secretaría de Salubridad y Asistencia, corresponde el despacho de los siguientes asuntos: establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción del saneamiento ambiental".

En Mayo de 1983, se emite el Plan Nacional de Desarrollo que, en base en un diagnóstico, señala propositos, lineamientos de estrategias y líneas generales de acción en materia de salud, a través de la asistencia pública y social de la seguridad social.

En Febrero de 1984, se emite la Ley General de Salud que

define la naturaleza del derecho a la protección a la salud y establece las bases legales del Sistema Nacional de Salud, este documento abrogó al código sanitario vigente.

El 7 de Agosto de 1984, se expide el decreto que aprueba el Programa Nacional de Salud 1984-1988, que recoge la política de salud del Plan Nacional de Desarrollo.(4)

El Programa Nacional de Salud de 1984-1988, planteó como propósito básico, "mejorar el nivel de salud de la población, procurando tender a la cobertura total, con servicios de calidad básica homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos así como la promoción de la protección social a los desamparados".(5)

La consecución de este propósito se sustentaría en la consolidación del Sistema Nacional de Salud que se estructuraba en tres niveles de atención y en regionalización. En el que participarían todas las instituciones que presten servicios de salud y los gobiernos estatales y municipales, así como los sectores social y privado.

En 1986, se hace el cambio de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por el decreto de salud, llamándose actualmente Secretaría de Salud.

(4) GONZALEZ, Eleuterio, "Diagnóstico de la salud en México", Edit. Trillas, México, 1978, p.101-104.

(5) SOLÍS SAN VICENTE, S., "Los fundamentos de la planeación en México y los programas sociales 1982-1988", ENTS-UNAM, p.233.

En 1989, con el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, y con la modernización de el sistema de salud, se promoverá activamente la salud como uno de los bienes más preciados del individuo y la comunidad. Siendo uno de los propósitos fundamentales del sector. Se impulsará vigorosamente en la sociedad, una cultura de prevención y auto cuidado de la salud y del desarrollo de acciones de fomento y protección.

En la prevención y protección se dará especial énfasis a las enfermedades: parasitarias, infecciosas, crónicas y degenerativas, además de la prevención prioritaria de acciones dirigidas a incrementar la sobrevivencia infantil y reproductiva.

El objetivo más amplio de la política de salud, asistencia, y seguridad social persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, dando servicios y prestaciones oportunos, equitativo y humanitarios, que conlleven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de bienestar social.

Las estrategias generales que regirán las acciones del sector son: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema nacional de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.(6)

Se puede decir que, la salud requiera de acciones

(6) SALINAS DE GORTARI, C., "Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994", S.S.P., Mexico, pp.104-107.

específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a distintos riesgos: en el hogar, en el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente.

La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones económicas, sociales y culturales, y es con ellas un componente sinérgico de bienestar social. Por lo que, la salud es un elemento imprescindible del desarrollo en una sociedad que tiene como principios la justicia y la igualdad social, siendo entonces, un derecho esencial de todos los mexicanos.

1.2.2 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

En los últimos años se han acrecentado los problemas económicos y sociales, ya existentes, en la ciudad de México, principalmente, por el desmedido crecimiento demográfico registrado en la zona metropolitana, donde se haya una gran concentración de población. Provocando, que los problemas de salud también aumenten considerablemente. Por lo tanto, la atención en el ámbito de salud se ve seriamente afectado, en cuanto a calidad por el gran número de solicitantes a estos servicios y escasez de los mismos. Por ello, se hacen necesario que el gobierno federal tome medidas al respecto, ya que sin la solución de estos problemas habrá un mayor estancamiento en el desarrollo del país y el nivel de vida de la población se deteriore aun mas.

Con base en lo anterior el Poder Ejecutivo Federal, presenta a la nación el Plan Nacional de Desarrollo; el cual, es un instrumento normativo de mediano plazo. "Su función es la de definir los propósitos, las estrategias generales y las principales políticas del desarrollo nacional, así como indicar los programas a mediano plazo que deben elaborarse para atender las temáticas y prioridades económicas y sociales del mismo. Es el marco orientador de todos los demás instrumentos del sistema nacional de planeación democrática.

El Plan Nacional de Desarrollo, es el instrumento de mayor cobertura de todo el sistema y considera, con una perspectiva nacional a todos los sectores y regiones del país. Orienta las acciones de los niveles de planeación sectorial e institucional, así como un amplio nivel, la planeación que realizan los estados y municipios.

En su formulación intervienen las dependencias y entidades de la administración pública federal, los grupos sociales interesados, a través de los foros de consulta popular, y las entidades federativas y municipales.

Por tratarse del primer instrumento, el plan es elaborado, aprobado y publicado dentro de los seis primeros meses, a partir de la fecha de inicio de cada administración, indica además los programas sectoriales, institucionales, regionales y espaciales que habrán de elaborarse para la atención de áreas o aspectos específicos y de interés general en la economía o la sociedad que a su vez lo disgregan en sus ámbitos respectivos.

Por lo anterior, el Plan Nacional de Desarrollo contiene de acuerdo a la ley:

- Objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral del país;
- Previsiones sobre los recursos a utilizar;
- Determinación de instrumentos y responsables de su ejecución.

Sus contenidos son básicamente cualitativos, dejando para los instrumentos de corto plazo y los programas sectoriales, regionales, institucionales y espaciales, los aspectos más específicos y la definición de metas evaluativas.

El Plan Nacional de Desarrollo es sometido para aprobación, por la Secretaría de Programación y Presupuesto al Ejecutivo Federal, una vez aprobado mediante decreto se publica en el "Diario Oficial de la Federación" (7), que tiene como propósito avanzar a una sociedad más igualitaria.

1.2.3 POLITICAS (PLAN NACIONAL DE DESARROLLO).

De esta forma, las políticas son "la acción tendiente del Estado a lograr fines". En términos más amplios, "la política es una acción organizada, que trasciende al ámbito social (afectándolo) con validez en un tiempo y espacio determinado cuyas límites están dados por las condiciones subjetivas y objetivas en que opera". (8)

(7) S.P.P., "Antología de la planeación en México 1917-1985, tomo 17, S.P.P., México, pp.77-78.

(8) SOLIS SAN VICENTE, S., Op. Cit., p.44.

Las políticas se dividen, a su vez, en políticas de desarrollo que son "políticas generales que interrelacionan aspectos económicos, políticos y sociales para el logro de objetivos nacionales y regionales; son políticas que se cumplen a mediano y largo plazo. Los cuales se subdividen en:

1. Políticas económicas; promover el crecimiento económico,
2. Políticas sociales; elevar el nivel de vida,
3. Políticas regionales; desarrollo regional, y
4. Políticas sectoriales; lograr el crecimiento de los sectores económicos.

Para efectos de este capítulo se hará referencia únicamente a la política social, que es "la acción del Estado tendiente a elevar el nivel de vida de la población y lograr el bienestar social". (9)

La política social emanada del Plan Nacional de Desarrollo, se orienta a lograr una sociedad más igualitaria, como finalidad última del desarrollo a través de una acción dinámica para obtener la equidad en los procesos productivos y distributivos, generando empleos, protegiendo el salario y fijando los propósitos y líneas de acción para satisfacer las necesidades básicas fundamentales: educación, alimentación, salud, medio ambiente, desarrollo urbano y vivienda.

Dentro de la política social se incluyen los aspectos de:

(9) SOLIS SAN VICENTE, S., Ibid., p.45.

- Empleo y distribución del ingreso,
- Generación de empleo,
- Salarios y precios,
- Fiscal,
- Antiinflacionaria,
- Alimentación,
- Salud y seguridad,
- Vivienda,
- Educación, cultura y recreación,
- Desarrollo urbano y vivienda,
- Ecología, y
- Científica y tecnológica.

Para efectos de esta investigación se hará referencia únicamente a la política de salud, que es "la intención previa que orienta las acciones futuras que el gobierno ejerce para modificar los daños"; en este proceso interviene la autoridad política al decidir los objetivos generales y los medios a través de los cuales logra los objetivos. (10)

Puede decirse entonces, que las políticas de salud son, los procesos mediante los cuales la autoridad política establece los objetivos generales que pretende alcanzar en materia de salud y los medios a través de los cuales se deberá actuar para lograrlos.

En virtud de que el proceso de salud-enfermedad no puede ser concebido aisladamente, sino, que debe entenderse

(10) GONZALEZ, E., Op.Cit., p.104.

plenamente inserto en la dinamica de la sociedad, la politica de salud mas general seria la misma que la politica de desarrollo economico y distribución social de los bienes, así como la politica de alfabetización, y bienestar general de la población.

Las políticas específicas de salud se apoyan, obviamente en lo que denomina el Sistema de Servicios de Salud, este sistema tiene como objetivo producir servicios, o sea, acciones sobre los individuos y la colectividad, algunos factores del ambiente o algunas relaciones entre ambos que modifican la situación ecológica, y tiene así un efecto en la salud de la población.

"Todo Sistema de Servicios de Salud puede ser concebido con tres componentes cuyo ambito de decisiones es de tipo político, el cual tiene responsabilidades de fijar los grandes objetivos del sistema y dirigirlo hacia el logro de estos, le corresponden las decisiones sobre política de salud y la adopción de estrategias, así como la obtención de la asignación de recursos, entre otras atribuciones. Las decisiones de este nivel fluyen hacia el segundo componente, técnico-administrativo de nexos, o normativo, donde estas decisiones se procesan y dan origen a otras, que se traducen en programas de acción y en normas que concretan y precisan objetivos intermedios; se asignan los recursos con una mayor especificidad y se apoya la acción del tercer componente, el nivel técnico operacional, que es el encargado de brindar los

servicios a las personas y al ambiente".(11)

Referente a lo mencionado, el sector salud se encuentra inmerso dentro de la política de salud, y esta a su vez, dentro de la política social, como agrupamiento de ciertas entidades paraestatales, bajo la coordinación de una dependencia del poder ejecutivo federal, la cual es la Secretaría de Salud.

1.3 SECTOR SALUD.

La sectorización de la Administración Pública Federal, forma parte del programa global de reforma administrativa emprendida por el gobierno de la República y responde al imperativo de dar dirección, coherencia y unidad a las actividades de la administración en su conjunto. En una definición más amplia y genérica, debe entenderse como, "el acto jurídico-administrativo, mediante el cual el Presidente de la República, determina el agrupamiento de un conjunto de entidades paraestatales bajo la coordinación de una dependencia centralizada"(12). Al configurarse los sectores administrativos se constituyó el sector "salubridad y asistencia", que con base en el acuerdo de sectorización de fecha 3 de Septiembre de 1982, la Secretaría de Salud, ejercera las funciones de coordinador del sector, integrado fundamentalmente por los centros, hospitales e instituciones para la atención de la

(11) CONAPD., "Reuniones nacionales sobre la mortalidad y políticas de salud", Mexico, 1984, pp.105-106.

(12) SOBERON, Guillermo, "La salud en México", tomo 1; testimonios 1988, Edit.F.C.E., Mexico, 1988, p.68.

salud:

a) Ambito Administrativo, que de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, constituye el "sector salud" propiamente dicho. Dentro de este se establecen las acciones del gobierno federal a través de la Secretaría de Salud y los centros, hospitales e instituciones descentralizadas.

b) Ambito Programático, se basa en criterios programáticos-presupuestales y está integrado por el ámbito administrativo, por las instituciones de seguridad social y el sistema nacional para el desarrollo integral de la familia.

c) Ambito Público y Social, en este se agrupa a los dos anteriores y también a organismos que otorgan servicios de salud, sin ser esta actividad sustantiva. Incluye además los servicios médicos, civiles, estatales y municipales y a las instituciones privadas.

Otras instancias de coordinación ha sido el gabinete del sector salud, instalado por el ejecutivo federal, el 5 de Enero de 1983. El gabinete es presidido por el titular del Poder Ejecutivo Federal, el cual está integrado por la Secretaría de Salud, por el Secretario de Programación y Presupuesto, y la Secretaría de la Contraloría General de la Federación; por el Jefe del Departamento del Distrito Federal; y por los Directores Generales del Instituto Mexicano de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y

del Instituto de Seguridad Social para la Familia. El Coordinador de los Servicios de Salud de la Presidencia, funge como Secretario de esta entidad sectorial.

El gabinete fue creado con el propósito de lograr mayor efectividad, eficacia, eficiencia en la prestación de los servicios públicos de salud a fin de proveer la infraestructura y organización necesarias para que, en el ejercicio de sus derechos, todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud.

En el caso del sector salud, se incluyen los programas de salud, de las instituciones de seguridad social, de las instituciones de salud para la población abierta y de los subsectores, de los institutos nacionales de salud y de asistencia social. Esta organización abre la puerta a la participación de los sectores social y privado.(13)

Los vínculos de interacción y concertación de la secretaría de salud con las entidades del sector comprenden tres instancias los grupos Interinstitucionales, el Consejo de Salubridad General y el Gabinete de Salud.

Los grupos interinstitucionales se constituyen en dos modalidades: grupos básicos y grupos específicos.

- Grupos básicos: tienen un carácter globalizador y su finalidad es la de establecer lineamientos para la regulación del proceso de planeación del sector; estos grupos son tres: los de programación sectorial, de información y de evaluación.

(13) SOBERON, G., Op. Cit., p. 68.

- Grupos específicos: se enfocan a temas prioritarios en materia de salud Pública, atención médica y asistencia social a fin de formular aportaciones enfocadas a la racionalización de las acciones institucionales.

Dentro de los grupos básicos, el de programación sectorial participó en la formulación del proyecto del Plan Nacional de Salud y en su operación a través de los programas respectivos de 1984. El grupo de información en salud ha intervenido en el establecimiento del Sistema Nacional de Salud y ha editado diversos documentos en su campo. El grupo evaluación contribuyó a la definición de un sistema de evaluación sectorial y la evaluación del Plan Nacional de Desarrollo, de 1983-1986.

Los grupos específicos, fueron: mínimo de atención a la salud, programas preventivos, investigación, asistencia social, recursos humanos para la salud, planificación familiar, asistencia materno-infantil, educación para la salud, entre otros.

El propósito de los grupos es de alcanzar la integración programática del sector y contribuir a la consolidación del Sistema Nacional de Salud. (14)

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES DEL SECTOR SALUD.

Es por ello, que el propósito básico del programa sectorial es el de elevar el nivel de salud de la población, procurando tener plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y el

(14) SUBERON, G., Ibid., pp.74-76.

mejoramiento de la calidad básica de estos, así como las acciones fundamentales de la actual administración, orientada al impulso de una sociedad igualitaria, que contribuya a la elevación del "derecho a la protección a la salud" a rango constitucional, para dar paso a un sólido Sistema Nacional de Salud, que coadyuve a que el individuo y la comunidad accedan a una vida plena.

El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- "El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

En congruencia con las finalidades mencionadas, el propósito básico del Programa Nacional de Salud es:

- Mejorar el nivel de salud de la población, procurando la cobertura total de los servicios con calidad básica homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más

desfavorecidos, así como promover la protección social de los desamparados.

1.4 SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En los últimos años el Estado ha establecido diversos programas para conformar un Sistema Nacional de Salud, que:

- 1.- Garantice una mejoría cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud otorgados por los organismos que atienden a la población abierta y trate de reducir las diferencias que los separan de los ofrecidos a derechohabientes de seguridad social,
- 2.- Reforce la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados, y
- 3.- Vincule la planeación de los servicios de salud, con la planeación global del país.

Por lo que, el Sistema Nacional de Salud, se integra con tres componentes:

- a) Las entidades del sector, para las cuales aplica la obligatoriedad,
- b) El gobierno de las entidades federativas que se vinculan, a través de la coordinación, con el gobierno federal, y
- c) Los sectores social y privado que se incorporan mediante la concertación e inducción, con apoyo en la consulta popular.

La coordinación del Sistema Nacional de Salud recae, por ley, a la Secretaría de Salud, responsable de: establecer y conducir la política nacional en materia de salud; coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y

entidades de la Administración Pública Federal; impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud; coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud; impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud; apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud, y promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

En el sector salud, la ley orgánica de la administración pública federal promulgada por el actual gobierno introdujo un cambio fundamental, el del agrupamiento por programas, funciones y servicios de todo tipo de instituciones, de manera que el sector se ha integrado por:

- Los servicios de salud de la Secretaría de Salud no descentralizados.
- Las funciones, programas y servicios de salud de las instituciones de seguridad social.
- Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.
- Los servicios de salud de los organismos estatales descentralizados.
- El subsector de los Institutos Nacionales de Salud.
- El subsector de asistencia social conformado por el Sistema Nacional de la Senectud y los Centros de integración Juvenil.

Para ciertas tareas del sector salud existen organismos de apoyo de alto nivel, como el gabinete de salud, que es una instancia presidencial de coordinación para el cumplimiento de las políticas y programas de salud del gobierno federal.

Participación de los gobiernos estatales.- Su relación con el Sistema Nacional de Salud se establece por medio de los sistemas estatales de salud a través de los acuerdos de coordinación de los estados con el gobierno federal.

En materia de salubridad general, las autoridades sanitarias locales son responsables de organizar, operar, supervisar y evaluar los programas locales de salud, así como la prestación de los servicios de salubridad general en lo que se refiere a la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la organización, el control y vigilancia del ejercicio profesional, la promoción de la formación de recursos humanos para la salud, la coordinación de la investigación para la salud, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, de las no transmisibles y de los accidentes, la asistencia social y los programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia.

Participación de los sectores social y privado.- La Secretaría de Salud promueve la participación, a través de convenios y contratos, de los prestadores de servicio de salud de los sectores público, social y privado, así como de los trabajadores de la salud y los usuarios de esos servicios.

Con esto, el Sistema Nacional de Salud pretende armonizar

los programas del gobierno federal con los estatales, con el concurso de los sectores social y privado, a fin de dar cumplimiento al derecho a la salud.

Los propósitos del Sistema Nacional de Salud, son:

- Ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos, y

- Elevar la calidad de los servicios que se prestan.

1.5 SERVICIOS DE SALUD.

El nuevo derecho social a la protección de la salud, es un largo proceso histórico que ha venido asumiendo crecientemente con responsabilidades en materia de salubridad, con el fin de elevar las condiciones de vida de la población. Así instituciones, facultades de autoridad, recursos, acciones y programas, se han articulado con los servicios de salud que, por su naturaleza, se clasifican en: atención médica, salud pública y asistencia social. El objeto de esos servicios es proteger, promover y restaurar la salud del individuo y la colectividad.

Atención Médica.

La atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, involucrando actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. Las primeras incluyen actividades de promoción general y protección específica; las acciones curativas tienen el fin de efectuar un diagnóstico

temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y las actividades de rehabilitación incluyen acciones tendientes a prevenir, limitar y corregir invalidez física o mental. En el área de atención médica se encuentran clasificados los niveles de atención, los cuales corresponden a la agrupación de combinaciones diferenciadas de recursos de toda índole para actividades médicas de una determinada complejidad, con la máxima eficiencia en la producción y prestación de servicios.

El concepto de niveles implica el reconocimiento de dos elementos claramente diferenciados: por una parte, la necesidad de atención en referencia a las personas, los grupos comunitarios y sus condiciones de salud; y por otra, la menor o mayor complejidad del contenido tecnológico de la respuesta a esa necesidad, es decir, de los recursos de que dispone el sistema.

Para la planeación del sistema de servicios de salud en nuestro país se han estratificado las funciones, los servicios y los recursos en tres niveles de atención:

Primer Nivel.- Se enfoca principalmente a la prevención de enfermedades y conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya resolución sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos, en atención ambulatoria.

Segundo Nivel.- Las acciones se dirigen a la restauración de la salud, así como, a superar los daños, a través de

actividades de atención médica enfocadas dentro de las cuatro especialidades básicas y algunas otras de la medicina, dentro de este nivel se llevan a cabo, también acciones de enseñanza e investigación. Se necesitan recursos de medicina de alta complejidad en atención ambulatoria y de hospitalización.

Tercer Nivel.- Se tratan problemas que requieren mayor especialización, la responsabilidad de este nivel recae básicamente en equipos médicos especializados, que trabajan en centros de alta complejidad dotados de la máxima capacidad de diagnóstico y tratamiento. También se llevan a cabo acciones de enseñanza e investigación.

Salud Pública.

La salud pública atiende problemas que rebasan el nivel individual y requieren para su atención y solución, acciones organizadas de carácter colectivo. Sus acciones son, el reconocimiento de la obligación del Estado de actuar para la protección sanitaria de la población contra fenómenos de diversa índole, fundamentalmente ambientales.

Campos de acción de la Salud Pública.- Mientras que en los países desarrollados al prolongarse la vida cobran prioridad las enfermedades degenerativas, metabólicas y tumorales; en aquellas con escaso desarrollo socioeconómico, las enfermedades infecto-contagiosas y las carenciales siguen siendo los principales problemas de la salud colectiva. Estas particularidades determinan que los campos de acción de la salud pública dependen de las circunstancias epidemiológicas

prevalentes, del saneamiento ambiental, de la educación higiénica y de las medidas de protección específica y de prevención de enfermedades transmisibles.

El eje de las acciones en esta materia es el sector salud, que es coordinado por la secretaría de salud, con la participación relevante del consejo de salubridad general y otras dependencias de la administración pública federal y de los gobiernos locales.

Asistencia Social.

Es otro de los servicios de salud, en el cual sus acciones se destinan a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección y desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. Los servicios de asistencia social han sido integrados a un subsector, estando a cargo del Sistema Integral de la Familia, la coordinación y el control de la operación de acciones que llevan a cabo las instituciones públicas en esta materia. Por su parte, a la Secretaría de Salud, le corresponde promover y fomentar los programas, así como emitir las normas técnicas para su funcionamiento.

Elementos del Sistema de Servicios de Salud.- Es el conjunto de elementos y mecanismos debidamente seleccionados y organizados a través de los cuales la infraestructura de salud y los recursos humanos y financieros se ordenan y estratifican

señalando las fórmulas operativas de la tecnología médica y sanitaria para ofrecer prestaciones de salud integral. Su instrumentación se lleva a cabo tanto en el campo de la atención médica como en los de la salud pública y la asistencia social.

Para que el Sistema de Servicios tenga impacto en el nivel de salud y bienestar de la población, debe contemplar las siguientes características:

- Universal: que los servicios se proporcionen a toda la población por igual y bajo criterios de calidad básica uniforme.
- Oportuna: que los servicios sean accesibles a toda la comunidad para que la atención se proporcione en el momento preciso.
- Integral: que los servicios atiendan los aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación, de enseñanza e investigación y que su desarrollo sea paralelo al saneamiento del ambiente.
- Eficiente: que los servicios que proporcionen sean con la mayor calidad y al menor costo posible, aprovechando al máximo los recursos disponibles y bajo criterios de servicios humanitarios. (15)

El sistema, aunque diseñado para proporcionar servicios a toda la población, debe contener los mecanismos de flexibilidad adecuados para:

(15) VEGA FRANCO, L., Op.Cit., p.9-10.

- a) atender a grupos prioritarios,
- b) resolver problemas de salud de caracter local o regional,
- c) contener fórmulas flexibles de infraestructura y de recursos humanos para atender las características variables de la poblacion. (16)

1.6 ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION.

Dentro del area de la atención médica se encuentran inmersos con mayor claridad la clasificación de los servicios de salud conforme a los prestadores y usuarios de los mismos; estos son:

1.- Servicios Públicos a la población general, o población abierta.-

Son aquellos que se prestan en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad, los cuales son gratuitos, fundada en las condiciones socio-económicas de los usuarios, sin perjuicio de las cuotas de recuperación que, en su caso se recauden.

La atención a población abierta, a nivel de la administración pública federal, es desarrollada por las unidades de la Secretaría de Salud, las entidades del sector administrativo coordinado, por el programa IMSS-COFLAMAR., y por el Departamento del Distrito Federal. A nivel local, los gobiernos de los estados, algunos municipios y, en ocasiones las universidades, también se encargan de prestar estos

(16) VEGA FRANCO, L., *Ibid.*, p. 11.

servicios a través de instituciones o establecimientos específicos.

2.- Servicios a Derechohabientes.-

Son aquellos que prestan las instituciones públicas de seguridad social a usuarios que cotizan o han aportado conforme a la ley.

Las instituciones públicas de seguridad social que otorgan servicios a población derechohabiente son: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social para la Fuerzas Armadas Mexicanas y los Institutos de Seguridad Social y Direcciones de Pensiones para los Trabajadores de los Gobiernos de los Estados.

3.- Servicios de Salud Privados.-

Son aquellos que prestan las personas físicas o morales, conforme a las condiciones que convengan con los usuarios en los terminos de las disposiciones legales.

Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios, o a través de los sistemas de seguros individuales o colectivos. Existen también instituciones de asistencia privada, por medio de las cuales se prestan servicios de atención médica sin ánimo de lucro.

4.- Servicios de salud de carácter social.-

Son los que directamente o mediante contratación de seguros individuales o colectivos, prestan atención a organizaciones sociales, a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

CAPITULO II. ANTECEDENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

2.1 RESEÑA HISTORICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA Y OBJETIVOS.

El antecedente mas antiguo del Instituto Nacional de Perinatología, como institución de salud, "se remonta al año de 1921, durante el periodo presidencial del General Alvaro Obregon, cuando se edifica con caracter de beneficencia privada la maternidad "Casa del Periodista", ocho años despues, el 4 de Marzo de 1929, durante el ejercicio del presidente Pascual Ortiz Rubio, cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937, el presidente Lazaro Cardenas establece la Secretaría de Asistencia Pública que absorbe todos los establecimientos con funciones en la materia. Y que en 1943 se denomina Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública por la fusión de la Secretaría de Asistencia Publica y el Departamento de Salubridad. Durante la gestion del presidente Luis Echeverria Alvarez, en 1976, se expropia el predio ocupado por la hasta entonces conocida como maternidad "Isidro Espinosa de los Reyes" dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, conocida hoy por Secretaría de Salud, para formar parte de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.). Por considerar que esta institución y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia compartían objetivos y programas comunes, se fusionan y por decreto presidencial del

10 de Enero de 1977, se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y el ya entonces Instituto Nacional de Perinatología pasa a formar parte de esa dependencia.

Durante la administración del señor presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se expidió un decreto con fecha del 20 de Diciembre de 1982, en donde se modifica y consolida la estructura organica funcional del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia, incorporándole los servicios de asistencia social y rehabilitación, así mismo dispone que se desliguen del sistema los institutos nacional de pediatría y perinatología. Con fecha 19 de Abril de 1983, el presidente Miguel de la Madrid, publica en el diario oficial de la federación, con base en la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamentos en el artículo 45 de la ley orgánica de la administración pública federal, considerando, que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia ha sido reestructurado con objeto de racionalizar los programas de asistencia social y rehabilitación vinculados a esta, así como los servicios de salud,

- Que es proposito del gobierno de la República, acelerar el proceso de establecimiento en un Sistema Nacional de Salud, conducido por la autoridad sanitaria que permita un uso más productivo de los recursos que destina la sociedad al campo de la salud,

- Que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, cuenta con el Instituto Nacional de Perinatología cuya alta calidad asistencial, docente y de investigación hace conveniente que goce de autonomía estructurándolo como organismo público descentralizado bajo la coordinación de la autoridad sanitaria en los términos de la ley orgánica de la Administración Pública Federal, y

- Que la descentralización del Instituto Nacional de Perinatología, además de no representar erogaciones adicionales permitirá un uso eficiente y productivo de los recursos que actualmente se le asignan.

El Instituto Nacional de Perinatología como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, entendiéndose como perinatología " a todo aquello que esta alrededor del nacimiento", tiene como objetivos:

- Fomentar atención médica a mujeres con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano,

- Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas y vinculadas a la perinatología,

- Impartir docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la perinatología,

- Difundir conocimientos en el área de perinatología,

- Actuar como órgano de consulta en las distintas dependencias y entidades públicas en materia perinatológica,

- Prestar asesoramiento a la Secretaría de Salud, cuando

esta lo solicite en las disciplinas que orienta el instituto, y
- Apoyar los programas de salud pública".(17)

2.1.1 SALUD MATERNO-INFANTIL.

Dadas las características de la población mexicana, conformada en su mayor parte por personas jóvenes, las expectativas que se contemplan a futuro inmediato y mediano, desde el punto de vista de salud pública, han hecho que la atención materno-infantil se ubique como un programa prioritario de salud nacional, ya que no solamente es el aspecto cuantitativo lo que define el problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno de la reproducción humana que desde una perspectiva biopsicosocial pone de manifiesto la vulnerabilidad de dos seres y la eficacia de las medidas preventivas en la resolución de problemas graves de morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal, además del impacto que tiene sobre la evolución ulterior del recién nacido.

Por ello, en los campos de desarrollo de la salud y el progreso económico y social del país, es relativamente fácil clasificar a los grupos de población en tres niveles en relación con los riesgos que afectan a la salud materno-infantil; entendiéndose desde el punto de vista de la reproducción humana, el concepto de riesgo elevado como " la probabilidad grave o muy importante de sufrir daño, lesión o muerte como consecuencia del proceso".

Dentro de estos tres niveles en relación con los riesgos,

(17) INPer., "Memorias 1983-1988", comp. Dr. Castelazo, México, 1988, p.3-8.

se observa en primer lugar un grupo con pleno acceso a niveles de vida y atención de salud relativamente favorables, generalmente es el sector médico privado el que atiende a este grupo.

Un segundo grupo es aquel cuyo nivel de vida favorece el impacto de factores negativos que, a su vez, condicionan riesgos de salud relativamente altos; sin embargo tienen acceso a servicios de salud de tipo institucional. Finalmente se registra un tercer grupo expuesto directamente a factores de riesgo de la mayor gravedad; al mismo tiempo sus posibilidades de tener acceso a los servicios de salud están seriamente restringidas por limitaciones de carácter económico, cultural e institucional.

Este panorama se agrava por el desconocimiento por parte de la familia y del cónyuge de las medidas y cuidados necesarios para alcanzar el mejor nivel de salud de las madres y para coadyuvar al desarrollo físico y mental de los menores.

Debido a esto el concepto de riesgo aplicado a la gestión de los servicios de atención materno-infantil debe ser interpretado, no solamente como una nueva técnica al servicio de la administración de la salud, sino como un instrumento de reordenación de las políticas en el campo del bienestar social y de la satisfacción de las necesidades básicas del individuo durante las etapas más vulnerables de su ciclo vital.

El programa de atención materno-infantil, se orienta fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto y

puerperio, así como a proteger la salud física y mental de los menores, mediante acciones que comprendan aspectos de prevención y atención oportuna de padecimientos, higiene escolar, promoción de la integración y del bienestar familiar, vigilancia de actividades ocupacionales que impliquen riesgos y daños para la salud física y mental de las mujeres embarazadas y menores, apoyo alimentario y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. El binomio madre-hijo se trata de una manera integral, considerándolos en forma individual, como miembros de un núcleo familiar y como componentes de una comunidad.

En este caso, el Instituto Nacional de Perinatología, como un instituto de tercer nivel de atención médica, tiene a su cargo la atención del tercer grupo de pacientes mencionados anteriormente, como es el grupo que se encuentra expuesto a factores de riesgo de la mayor gravedad; así como también sus posibilidades de tener acceso a los servicios de salud, están seriamente restringidas por limitaciones de carácter económico, cultural e institucional.

A pesar de los esfuerzos realizados en esta materia, un porcentaje elevado de la población, se encuentra aun desprotegida, debido a la insuficiencia de los servicios y a la utilización inapropiada de los recursos existentes. También resultan significativas, además de la inadecuada planificación de la oferta y de la demanda de los servicios, la deficiente distribución de los recursos humanos y modelos de prestación

de servicios de atención materno-infantil que no corresponden en su totalidad a las necesidades de atención a este grupo específico.

Es así que la protección de los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo humano, debe trascender la responsabilidad de los programas de atención materno-infantil para inscribirse en el marco más amplio de la responsabilidad social sobre el crecimiento, la renovación y el progreso de la población en conjunto.

2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.

La experiencia que se ha tenido en el mundo, sobre todo después de que se definió el concepto de riesgo, demuestra la eficiencia, eficacia, y efectividad de los servicios asistenciales estructurados por niveles, cuyos recursos guardan relación directa con las necesidades de cada paciente y garantizan una calidad de atención óptima, siempre y cuando todas las unidades de la estructura cumplan adecuadamente sus objetivos.

En este contexto es, probablemente la atención materno-infantil, por su urgencia y el impacto que tiene sobre el futuro del hombre, quien ha marcado la pauta en los problemas de salud a gran escala. Es por esto que las autoridades gubernamentales del país han designado al Instituto Nacional de Perinatología, como un centro de tercer nivel, que en sus esquemas de asistencia médica integral hace eco a los

propositos del Plan Nacional de Desarrollo, en materia de salud y a los objetivos del Programa Nacional de Salud, a través de apoyo asistencial en el area de reproduccion, crecimiento y desarrollo humanos.

2.2.1 Características del instituto en el area asistencial.

El Instituto Nacional de Perinatología cuenta con una planta física que se ha ido adaptando de acuerdo con las demandas asistenciales; de manera genérica, se puede dividir en tres grandes áreas que se integran, por: consulta externa, urgencias y hospitalización. En consulta externa, se cuenta con 33 consultorios distribuidos de la siguiente manera: "ginecología y obstetricia 13, tres en neonatología y seguimiento pediátrico, ocho que comparten con horario programado las siguientes especialidades: endocrinología, cardiología, genética, medicina interna, anestesiología, infectología, fisiología de la reproducción, hematología, oncología ginecológica, endocrinología de la reproducción, dietética, planificación familiar, y clínica del tabaquismo. En consultorios específicos por las necesidades técnicas de la especialidad se encuentran comunicación humana, audiología, oftalmología, estomatología, antropometría física y fisioterapia infantil. Tres cubículos especiales tiene psicología y cuatro al servicio de trabajo social.

Los servicios auxiliares de diagnóstico que incluyen un laboratorio central y banco de sangre, radiología y ultraecsonografía, histopatología, cardiocografía, inmunoinfectología y genética, disponen de todos los recursos

necesarios para la integración de los diagnósticos a los que se enfrenta el instituto en todas sus áreas.

En urgencia se da servicio a los adultos y recién nacidos en cuatro cubículos y dos camas de observación.

El área de hospitalización para adultos se distribuye en tres pisos iguales, una unidad de tocoquirúrgica, una sala de recuperación y la unidad de terapia intensiva; cuenta con 105 camas censables, 27 no censables, cuatro quirófanos y cuatro salas de expulsión.

En el área neonatal se compone de un quirófano, 12 lugares para cuidados intensivos, 30 para cuidados intermedios, 24 cunas de transición y disponibilidad de 72 cunas de alojamiento conjunto, lo que hace un total de 138 lugares para la población de recién nacidos".(18)

2.2.2 Perfil de la población a la que brinda sus servicios.

Dentro de su estrategia en la prestación de servicios, el instituto cuenta con criterio selectivo que da el perfil a la población derechohabiente

Desde el punto de vista de la reproducción humana, el concepto de riesgo elevado se define como la probabilidad grave o muy importante de sufrir daño, lesión o muerte como consecuencia del proceso; por razones lógicas, este criterio que engloba factores biológicos, psicológicos y económicos-sociales, se extiende a toda la vida de la mujer, a la pareja como parte indisoluble de la integración familiar y su salud

(18) INPer., Op. Cit., pp.73-77.

integral.

La identificación de riesgo en pacientes que asisten por primera vez, se realiza mediante un sistema de criterios de evaluación que se apartan del concepto tradicional, que pretende identificar a los pacientes normales que necesariamente son tributarias de los otros niveles de atención. Para este fin se ha diseñado un formato especial que a partir de Enero de 1987, se emplea de manera óptima. Con esta norma, el instituto está capacitado para recibir un promedio de 70 mujeres diarias de las que se aceptan aproximadamente el 50%; la decisión de marcar estas cifras se desprende del análisis de la capacidad instalada y los recursos disponibles con el criterio de que el indicador más importante a evaluar, es el porcentaje de ocupación ya que permite observar el uso de los recursos hospitalarios, al mismo tiempo que señala cuando limitar el ingreso de pacientes para cumplir con el 85% de ocupación.

El objetivo es llegar a niveles que permitan ofrecer un servicio de alta calidad en la solución óptima de problemas de riesgo materno, perinatal y de reproducción humana.

Para que el instituto pueda cumplir con los objetivos marcados en su decreto constitutivo, continúe con el nivel de excelencia en la atención y mantenga un índice ideal de ocupación, dos son las medidas más importantes que se han tomado:

- Por un lado, hasta 1986, la proporción de pacientes obstétricas y ginecológicas, era de 90% / 10%, a partir de 1987, además del criterio de riesgo, se ha procurado equilibrar esta

educación a fin de prestar un mayor número de servicios ginecológicos que mantengan el objetivo asistencial, el índice de ocupación en las camas censables, sin sobrecargar las unidades de cuidados intensivos ni intermedios neonatales.

- Por otro lado, dadas las características del servicio que brinda, una segunda alternativa para el ingreso de pacientes está conformada por la población que acude directamente al área de urgencias para resolver en última instancia problemas de la especialidad.

Se está buscando por limitar esta vía de acceso a través de información al público en general, optimizar los sistemas de referencia reforzando los programas de educación comunitaria y otras proyecciones sociales, a fin de que el usuario se percate de la responsabilidad que tiene de preservar la propia salud sobre todo en uno de los momentos de mayor vulnerabilidad del ser humano.

La estratificación de pacientes aceptadas de acuerdo a su edad gestacional, ocurre como máximo a las 32 semanas de embarazo.

Ahora bien, la reproducción y sus complicaciones no son tributarias de grupos sociales específicos, la población que se atiende en el instituto se distribuye porcentualmente en los estratos socioeconómicos aceptados para los Institutos Nacionales de Salud.

Desde el punto de vista de procedencia geográfica, es más habitual que se reciban a pacientes que residen en el Distrito

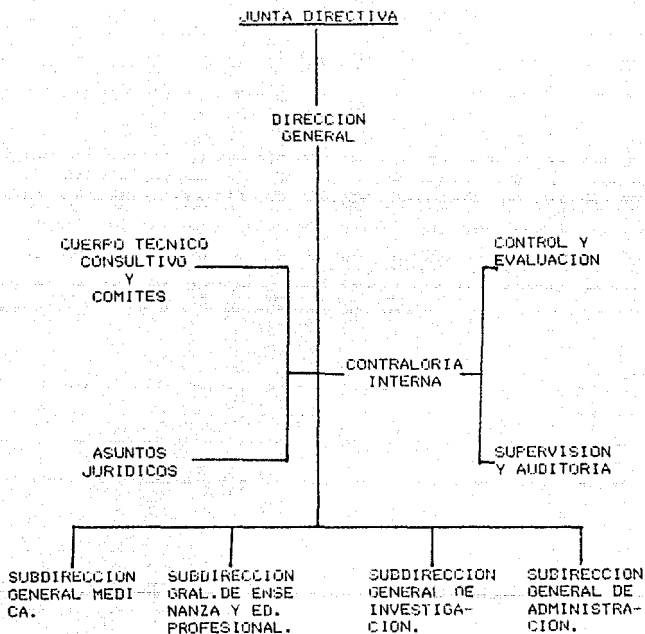
Federal y en ocasiones a foráneas y residentes de zonas periféricas, ya que depende de las características de la especialidad y a la periodicidad de las citas necesarias para su control médico.

La programación de cuotas de recuperación se hace a través del sistema computarizado programado con base en el análisis de la condición socioeconómica de cada paciente. Las cuotas se han diseñado por paquetes de atención, calculadas por medio de la evaluación de costos máximos y mínimos de los diferentes procedimientos empleados en la resolución de problemas específicos, lo que facilita el sistema contable del instituto y la asignación de presupuesto; ya que, por otro lado, se han definido límites de pago máximo en los primeros cinco niveles socioeconómicos. El resto de los estratos no tiene límite de pago y su cuota de recuperación se estima de acuerdo a los procedimientos realizados, con este criterio se protege a las clases necesitadas que constituyen el grupo mayoritario de la población atendida.

2.3 ORGANIZACION GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

Con base en los objetivos generales del Instituto Nacional de Perinatología, se desprende la necesidad de contar con tres ámbitos de acción, donde se llevan a cabo funciones sustantivas: asistencia médica, enseñanza e investigación; para el desempeño óptimo de dichas funciones se requiere apoyo administrativo, organizacional, jurídico y de control interno.

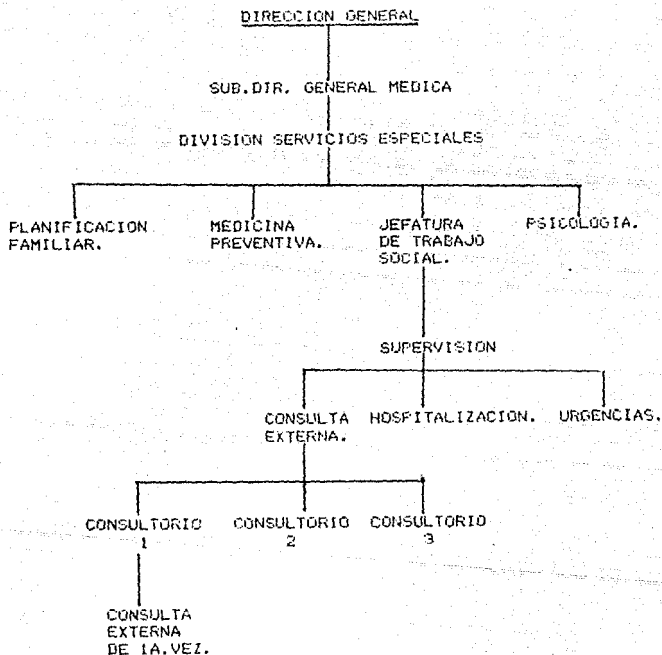
Por ello, la estructura organica del instituto, "que es la expresion formal donde se plasman los niveles jerarquicos y la division funcional asi como los elementos de coordinacion y comunicacion"(19), esta compuesta de la siguiente manera:



(19) INPer., Op. Cit., p.13.

2.3.1 ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

Para efectos de esta investigación se especificará únicamente el bloque donde se contempla la Jefatura de Trabajo Social, que depende de la División de Servicios Especiales y esta a su vez, de la subdirección médica.



2.4 FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

Tomando en cuenta que la participación del equipo de salud dentro del instituto, es multidisciplinario, todas las áreas en que se encuentra conformado, cuentan con los mismos objetivos, políticas y metas, los cuales dan cumplimiento mediante programas que norman su funcionamiento, pero con diferentes funciones específicas de su especialidad.

Dentro de el equipo multidisciplinario el Trabajo Social es considerado un propulsor del bienestar social, el cual procura el funcionamiento social del individuo, utilizando una metodología científica que conduce a la investigación de los factores sociales y familiares, que influyen en la salud e interviene en la planeación y administración de programas de salud; con la participación de la población, para lograr la interacción del hombre con su ambiente. Por lo que, el Trabajo Social se define como " una disciplina de las ciencias sociales que, mediante una metodología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social, organización y movilización consciente de la colectividad, así como en la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre". (20)

(20) Ponencia:1a. Reunión Nacional de Escuelas de Trabajo Social, "Definición, objetivos, y funciones, del T.S.", 1978.

Ahora bien, dentro del Instituto Nacional de Perinatología, el Trabajador Social, lleva a cabo diferentes funciones y actividades, las cuales se encuentran divididas en tres áreas de servicio, que son:

- Consulta externa,
- hospitalización, que se divide en : a) hospitalización de alojamiento conjunto y b) hospitalización de unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios de neonatos, y
- Urgencias.

En el área de consulta externa trabajo social tiene a su cargo:

1. Apertura de expedientes,
2. Pláticas con pacientes de primer ingreso,
3. Manejo de casos,
4. Consulta de trabajo social,
5. Revaloración,
6. Nota de crédito,
7. Elaboración de informes.

1. Apertura de expedientes. Objetivo:

- Se elabora con la finalidad de asegurar la clasificación correspondiente para integrar los datos socioeconómicos del expediente de aquellos pacientes que ingresarán por primera vez al instituto.

2. Pláticas con pacientes de primer ingreso. Objetivo:

- Proporcionar información a los pacientes y/o familiares referente a los servicios con los que cuenta el instituto, así

como tramites a realizar y promoción de diversos programas institucionales, para coadyuvar al logro de su manejo integral.

3. Manejo de casos. Objetivo:

- Proporcionar un tratamiento integral en lo que a trabajo social se refiere a aquellos casos que así lo requieran y/o soliciten.

4. Consulta de trabajo social. Objetivo:

- Proporcionar orientación e información a aquellos pacientes que lo soliciten.

5. Revaloración. Objetivo:

- Actualizar la información de la paciente respecto a su situación socioeconómica y/o valorar dicha situación a solicitud de la paciente.

6. Nota de crédito. Objetivo:

- Proporcionar una alternativa de pago cuando las características socioeconómicas del caso no permitan liquidar el total del estudio.

7. Elaboración de informes. Objetivos:

- Proporcionar información referente a las actividades desarrolladas del departamento de trabajo social, para su procesamiento y manejo estadístico, así como el control, evaluación de cargas de trabajo y tipo de procedimiento realizado.

El área de hospitalización de alojamiento conjunto tiene a su cargo:

1. Control de ingresos y egresos.

2. visita a pacientes,
3. visita médica,
4. participación en sesiones de alta,
5. apertura de expedientes,
6. manejo de defunciones,
7. localización de familiares,
8. apoyo a programas institucionales,
9. revaloraciones,
10. nota de crédito,
11. alta voluntaria,
12. manejo de casos,
13. enseñanza,
14. investigación,
15. visita domiciliaria, y
16. elaboración de informes.

1. Control de ingresos y egresos de casos. Objetivo:

- Conocer el número de pacientes hospitalizadas así como el motivo de su ingreso, para proporcionar el manejo correspondiente y colaborar con el equipo de salud en el momento de su egreso.

2. Visita a pacientes. Objetivo:

- Obtener información general de la condición socioeconómica de las pacientes, para detectar aquellos casos con problemática y valorar que tipo de manejo debe ser proporcionado.

3. Visita médica. Objetivo:

- Participar en los casos para su conocimiento y

proporcionar un manejo integral.

4. Participación en sesiones de alta. Objetivo:

- Brindar orientación a pacientes hospitalizadas en relación a trámites de ingreso y otros relacionados con su tratamiento y manejo integral para ella y su recién nacido.

5. Apertura de expedientes. Objetivo:

- Asignar clasificación correspondiente e integrar los datos socioeconómicos al expediente de aquellas pacientes que ingresan por primera vez al instituto.

6. Manejo de defunciones. Objetivo:

- Proporcionar un manejo integral a las defunciones que se registran en el instituto.

7. Localización de familiares. Objetivo:

- Comunicar al responsable de el paciente, aspectos relacionados con el mismo, respecto a su manejo y tratamiento en el instituto con el fin de coadyuvar de esta manera a la asistencia integral del propio paciente.

8. Apoyo a programas institucionales. Objetivo:

- Coadyuvar al logro de los diferentes programas que establezca el instituto para la atención integral de los pacientes.

9. Revaloración. Objetivo:

- Actualizar la información de la paciente respecto a su situación socioeconómica y/o valorar dicha situación en base a su estancia hospitalaria.

10. Nota de crédito. Objetivo:

- Proporcionar una alternativa de pago, cuando las características socioeconómicas del caso no permitan saldar el estado de cuenta de la paciente por la atención brindada en el instituto.

11. Alta voluntaria. Objetivo:

- Contribuir a deslindar responsabilidades del instituto respecto a la decisión de la paciente y/o familiar en cuanto a su egreso voluntario.

12. Manejo de casos. Objetivo:

- Proporcionar un manejo integral de cada caso durante su estancia hospitalaria.

13. Enseñanza. Objetivo:

- Promover la participación de la trabajadora social en eventos educativos, como asistentes o ponentes.

14. Investigación. Objetivo:

- Contribuir a desarrollar la finalidad científica del instituto llevando a cabo acciones que permitan implementar protocolos de investigación, cuyo resultado se refleja en la labor asistencial que realiza al departamento de trabajo social y en general del instituto.

15. Visita domiciliaria. Objetivo:

- Localizar el domicilio y al familiar para que se responsabilice de su paciente hospitalizada ante el instituto, así como obtener mayor información de sus condiciones socioeconómicas y familiares.

16. Elaboración de informes. Objetivo:

- Proporcionar información referente a las actividades desarrolladas al departamento de informática para su procesamiento y manejo estadístico, así como el control y evaluación de cargas de trabajo.

Estas funciones y objetivos son las mismas para hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, en la unidad de cuidados intermedios y en servicio de urgencias.(21)

(21) Manual de procedimientos y actividades del Depto. de Trabajo Social, INPer..Mexico.

CAPITULO III. INVESTIGACION DE CAMPO. SOBRE EL ESTUDIO SOCIAL DE INGRESO Y SU RELACION CON LAS NECESIDADES SOCIALES DEL USUARIO.

3.1 JUSTIFICACION.

El crecimiento de la población que se ha generado en las últimas décadas, en la Ciudad de México, ha coadyuvado a que los problemas de salud aumenten en forma considerable. Por lo tanto, la atención en el ámbito de salud se ha deteriorado, en cuanto a calidad, por el gran número de solicitantes a estos servicios y escasez de los mismos. Por ello, se ha hecho necesario implementar medidas acordes a la realidad existente; como son las políticas sociales, donde se encuentra inmerso el sector salud, el cual cuenta con instituciones que de alguna manera pretenden cubrir las demandas de salud de la población, tanto de prevención, como en hospitalización y rehabilitación.

De esta forma, las autoridades gubernamentales han designado al Instituto Nacional de Perinatología, como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, es decir, un centro de atención de tercer nivel, ya que cuenta con hospitalización e instancias, que tienen recursos suficientes para la atención de casos complejos, cuenta con subespecialidades, además realiza importantes labores de docencia, investigación y educación para la comunidad. Teniendo como objetivo general, "proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo

humano". Es decir, la población atendida en el instituto, es en general pacientes que presentan problemas gineco-obstétricos de riesgo elevado, provocando el aumento de probabilidades de riesgo en los productos, los cuales son canalizados a la unidad de cuidados intensivos, o a la unidad de cuidados intermedios, o en su defecto, si presentan problemas en su vida extrauterina, en consulta externa pediátrica del instituto.

En este sector el Trabajador Social cuenta con un amplio campo de acción tanto en lo referente a los problemas de salud grupales y colectivos, como los de carácter individual, incluyendo en cada uno los aspectos de investigación, administración y evaluación.

Este profesional basado en sus conocimientos y habilidades debe reconocer los recursos de los individuos, de las familias, de los grupos y de la comunidad, además de los institucionales a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud.

Siendo el área de Trabajo Social el primer contacto que tiene el usuario con la institución, una vez realizada su valoración médica y habiendo sido aceptado, es esta área la encargada de dar los lineamientos para el mejor aprovechamiento de los recursos institucionales, por medio de la aplicación del estudio social inicial, en el cual se detecta la situación socioeconómica del paciente, con la finalidad de asignarle una clasificación y por ende su cuota a pagar.

Por tal razón, surgió la inquietud de las pasantes de la

licenciatura en trabajo social y las necesidades de la jefatura de trabajo social del Instituto Nacional de Perinatología de evaluar a través de un cuestionario piloto aplicado a madres de lactantes menores que asisten al instituto al servicio de consulta externa pediátrica, ya que se ha percibido que la información referida sobre su situación socioeconómica no es del todo confiable, lo cual repercute en la interpretación de dichos estudios sociales iniciales, dando como resultado que la clasificación que ha sido asignada al usuario sea en algún momento incorrecta.

Es por ello, que dicha investigación será de gran utilidad tanto para el instituto como para trabajo social y en especial al servicio de consulta externa, ya que se pretende detectar elementos para considerar o modificar según sea el caso el estudio social inicial, permitiendo de esta manera que los datos vertidos en dicho estudio sean lo más confiables y fidedignos.

3.2 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

-Evaluar el estudio social inicial contrastando la información obtenida con el cuestionario piloto, que se aplicara a las madres de lactantes menores en el servicio de consulta externa pediátrica, para conocer la veracidad de los datos, resultado de ambos instrumentos, lo que permitira introducir los elementos para considerar o modificar a dicho documento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Detectar las causas por las cuales las madres de lactantes menores distorsionan la informacion proporcionada a trabajo social, y al pediatra en consulta externa, sobre su situacion social y economica.

- Comparar la informacion asentada en el estudio social inicial recopilada por trabajo social, con el cuestionario piloto en consulta externa pediatrica.

- Contrastar el instrumento de ingreso con el cuestionario piloto a traves de la formacion de grupos de madres de lactantes menores.

- Comprobar si la veracidad de la informacion asentada en ambos instrumentos, es util para el servicio de consulta externa.

- Introducir los elementos para considerar o modificar a dicho instrumento.

3.3 HIPOTESIS.

- A mayor distorsion de la informacion que proporcionan las madres de lactantes menores en el estudio social inicial, menor conocimiento de las necesidades socioeconomicas reales que le aquejan, repercutiendo en el servicio de consulta externa y en la clasificacion del usuario dentro del instituto.

3.4 PROCESO DE LA INVESTIGACION.

Se trabajo con el estudio social inicial elaborado y aplicado por el departamento de trabajo social, en el servicio de consulta externa y con el instrumento disenado por las

investigadoras el cual fue aplicado en consulta externa pediátrica, en el lapso comprendido del 4 al 29 de Junio de 1990, a una muestra de 120 madres de lactantes menores, la cual fue seleccionada en base al número de citas por día, programadas por el servicio de control de citas del instituto, que corresponden a 10 por día, obteniendo un promedio de 50 citas por semana y aproximadamente 200 al mes.

Para la aplicación de el cuestionario se descartó: a las madres de lactantes menores que no acudieron a su cita con el pediatra; a las que llegaron con retraso de quince minutos y no fueron atendidas al ser cancelada su cita. Registrándose hasta ese momento un promedio de 7 citas por día, lo que equivale a 35 citas por semana y un total de 140 pacientes al mes. Se descarto además, a aquellas madres que laboran en el instituto; a madres que sus hijos han sido dados de alta y aquellas madres que sus hijos eran mayores de un año, ya que obstaculizaban la parte final de la investigación (formación de grupos). Quedando finalmente un total de 120 madres de lactantes menores.

El instrumento fue aplicado inicialmente en forma piloto, lo que permitió valorar, la posibilidad de mínimas correcciones para después ser aplicado a la muestra seleccionada.

Al momento de su aplicación, se hizo necesario informar al neonatólogo residente sobre el objetivo de el estudio y a las madres de la finalidad de la entrevista, no encontrándose obstáculo alguno para ello.

El cuestionario fue aplicado antes, en el transcurso, o despues de las consultas medicas, cubriendo un total de diez minutos por cada entrevista; se hicieron las preguntas abiertas y cerradas tomando nota de las observaciones hechas en cada cuestionario. (ver anexo)

En cuanto a obstaculos que se presentaron en el transcurso de la aplicación del instrumento, se encuentra que: algunas madres no proporcionaron sus ingresos y egresos, debido a que: en algunos casos no existe comunicacion con sus parejas y estas no les informan de sus ingresos; en otras, porque son madres solteras y/o son menores de edad, de las cuales la gran mayoría, depende económicamente de algún familiar, o simplemente no lo quisieron proporcionar, eludiendo la pregunta, o dijeron ignorarlo. Esta falta de información obstruyo las preguntas relacionadas a sus ingresos y egresos; por lo que obviamente los datos que fueron proporcionados no son del todo confiables.

Las consultas programadas en un día, son canceladas quince minutos despues de la hora señalada; ya sea por retraso del paciente o porque no son llamadas en la sala de espera a consulta, y a veces por la madre. Por lo que se alargo por más tiempo de lo establecido, la aplicación del cuestionario, ya que de estas diez citas programadas por día, sólo son atendidas de 7 a 4 aproximadamente.

Por otra parte, las madres de lactantes, en la gran mayoría de los casos no son informadas de los servicios que da el instituto, lo que impide de alguna forma cubrir las necesidades

del usuario en su totalidad, o proporcionar algún servicio que le es necesario.

Ahora bien, en el momento de aplicar los instrumentos se realizaron las siguientes observaciones, en cuanto al:

AREA MEDICA.

Debido a la sobrecarga de trabajo que tiene el medico residente en el instituto, el cual debe cubrir requisitos indispensables para la obtención de su subespecialidad como neonatologo, como es su preguardia, por algún percance en otro servicio, en ocasiones, al momento de tenerla que cubrir, retrasa el inicio de consultas, hasta media hora, ocasionando que algunas de sus citas sean canceladas por falta de tiempo para cubrirlas y concluir a la hora programada, además de que, en algunos casos la revisión al menor no es del todo minuciosa y en otros no proporciona la información requerida a la madre, acerca del cuidado, atención y condiciones de su hijo.

Por otra parte, no existe unificación de criterios por parte de los médicos en cuanto a atención y cuidados del menor, debido a que proceden de diferentes escuelas o son extranjeros. Los médicos que atienden al menor son residentes en turno y no siempre atienden al mismo niño, lo que descontrola a la madre, ya que cada medico da información de acuerdo a su formación profesional y muchas veces es contradictoria a la información que dió a la madre del menor el medico en turno, en su cita anterior.

AREA DE ENFERMERIA.

No existe suficiente personal de enfermería, debido a ello, los médicos, deben realizar actividades correspondientes a estas, lo que origina pérdida de tiempo en la auscultación del menor. Atendiendo una enfermera dos consultorios simultáneamente, lo que ha provocado una sobrecarga de trabajo.

AREA DE TRABAJO SOCIAL.

No hay suficiente personal de trabajo social, situación que origina el que una trabajadora social realice al día un promedio de 25 entrevistas y aplique el mismo número de estudios sociales de ingreso, por lo que al paciente no se le puede dar el mejor servicio e información requerida. No hay unificación de criterios en cuanto a la aplicación del estudio social inicial, siendo la propia trabajadora social quien deduce las respuestas.

3.5 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

Al término de la aplicación y recopilación de los datos que se obtuvieron tanto en el cuestionario como en los estudios sociales iniciales, se dio paso a la comparación de la información referida, mediante cuadros comparativos.

Cabe aclarar, que se modificaron algunos ítems contemplados en el cuestionario, de acuerdo a los criterios del manual de Procedimientos del departamento de trabajo social; estos son: ocupación, escolaridad, alimentación, servicios públicos, material de construcción, y tipo de tenencia.

Al revisar los estudios sociales iniciales, de las entrevistadas, se encontró que algunos fueron aplicados desde

1988, 1989, y principios de 1990, siendo los de 1988 y 1989, los que no han sido modificados o reclasificados en su totalidad, lo que provocó que en el momento de recopilar los datos las investigadoras observaran cambios significativos en los resultados, en cuanto a: ingresos, tipo de tenencia, alimentación, número de dependientes económicos(22), vivienda(23), material de construcción y servicios públicos.

En cuanto a clasificación, no se realizó cuadro comparativo, debido a que no se tomó en cuenta dentro del cuestionario piloto: 1.- la asignación a cada valor de criterio de un puntaje, el cual sumado los ítems en su totalidad, permite dar al usuario su rango de clasificación; 2.- no se abordó acerca de la estabilidad en el empleo; por lo que, no se pudo elaborar una clasificación propia.

Ahora bien, al efectuar el cuadro comparativo referente al ingreso, nos enfrentamos a un problema, debido a que al revisar los estudios sociales nos encontramos que el salario mínimo vigente había sido modificado tres ocasiones, de acuerdo a las necesidades y exigencias de la clase trabajadora, por lo que se optó, realizar dicha comparación de acuerdo al número de veces que percibe un trabajador el salario mínimo de \$10,000.00 pesos diarios, el cual era vigente en el momento de realizar esta

(22) No parecen datos completos en el estudio social, por lo que no se realizó cuadro comparativo.

(23) No aparece en el estudio social inicial, por lo que no se realizó cuadro comparativo.

investigación (1990).

Con relación a la alimentación; fue conveniente ajustar la frecuencia de "consumo de alimentos" ya que en el estudio social inicial los ítems corresponden a la respuesta de la paciente y en el cuestionario se fue más específico en los elementos y aportes que constituyen la dieta. Siendo necesario sacar una media de los datos obtenidos por el cuestionario.

A continuación se presentan los cuadros comparativos con su respectiva interpretación, obtenidos de los resultados de ambos cuestionarios.

3.6 DESCRIPCIÓN DE CUADROS COMPARATIVOS

CUADRO NUM. 1.	TIPO DE TENENCIA			
	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	fr.	%	fr.	%
a) PROPIA	51	42	13	11
b) RENTADA	49	41	34	28
c) PRESTADA	14	12	70	59
d) OTRA	6	5	3	2
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

En los resultados obtenidos del cuestionario piloto, se observa que la mayoría de las madres entrevistadas, el 42%, poseen casa propia, le siguen en importancia, las que rentan, con el 41%, con una diferencia muy leve: encontrándose en una minoría, dentro de los rubros de prestada, el 12%, y otra, que puede ser cedida o asignada, con el 5%: Mientras que en los resultados obtenidos del estudio social inicial, se observa que la mayor parte de la muestra, el 59%, es prestada su vivienda, por algún familiar cercano, y el resto, se encuentra distribuida de la siguiente manera: las que rentan el 28%, las que poseen casa propia el 11%, y en otra el 2%. Como podemos observar existen diferencias importantes en ambos resultados.

CUADRO NUM. 2.

UBICACION.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
a) URBANA	80	67	114	95
b) SUBURBANA	36	30	6	5
c) RURAL	4	3	0	0
TOTAL.	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas en consulta externa pediátrica, INPer., 1990.

En cuanto a ubicación se obtuvo dentro del cuestionario, que la mayoría de las viviendas de las madres entrevistadas, se localizan en zonas urbanas, con el 67%; el 30%, en zonas suburbanas y el 3%, en zonas rurales. Y en el estudio social inicial, el 95%, se localizan en zonas urbanas; el 5%, en zonas suburbanas, y el 0% en zonas rurales, encontrándose cierta semejanza en ambos resultados. (24)

(24) Ver anexo, Manual de procedimientos trabajo social, INPer., referente ubicación.

CUADRO NUM. 3.

SERVICIOS PUBLICOS.

	CUESTIONARIO		E. S. I.	
	Fr.	%	Fr.	%
a) AGUA, LUZ, TEL.	114	95	8	6
b) SOLO DOS	5	4	109	91
c) SOLO UNO	1	1	2	2
d) NINGUNO	0	0	1	1
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

De acuerdo a los resultados obtenidos del cuestionario piloto, la mayor parte de las entrevistadas, el 95%, cuenta con todos los servicios: agua, luz, drenaje, pavimentación y teléfono, mientras que el 4%, cuenta con dos servicios: agua, luz, y , el 1% con un servicio: luz.

En el estudio social inicial, se encontró que la mayoría de la muestra cuenta con dos servicios: agua y luz, con el 91%, el 6% con todos los servicios; el 2%, solo con un servicio: luz, y, el 1% con ningún servicio. Encontrando significativa diferencia en la comparación de ambos resultados.

CUADRO NUM. 4.

MATERIAL DE CONSTRUCCION.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
a) MAMPOSTERIA	116	97	107	89
b) MADERA, CARTON, LAM.	4	3	13	11
c) OTRO	0	0	0	0
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

La mayor parte de la muestra refirió, tanto en el cuestionario, el 97%, como en el estudio social inicial, el 89%, que el material utilizado para la construcción de su vivienda era de mampostería (tabique, ladrillo, loza, cemento, etcétera) y el resto el 3% y el 11% respectivamente, están construidas de madera, lamina y cartón. Lo que permite observar cierta semejanza en los resultados obtenidos a este respecto.

CUADRO NUM. 5	PROCEDENCIA.			
	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
1. ZONA "A"	6	5	2	2
2. ZONA "B"	16	13	31	26
3. ZONA "C"	0	0	0	0
4. ZONA "D"(25)	98	82	87	72
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

La mayor parte de las madres entrevistadas, el 82% de éstas, a quienes les fue aplicado el cuestionario piloto, son originarias principalmente de la zona "D", conformada por: el Distrito Federal, San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro, Veracruz, Michoacán, Estado de México, Chiapas, y Tabasco; mientras que el 5%, son de la zona "A": Hidalgo y Guerrero.

En el estudio social inicial, se encontró que la mayor parte de la muestra son de la zona "D", con el 72%, el 26% de la zona "B", y el resto, el 2% de la zona "A". Se observa cierta similitud en los resultados.

(25) Ver anexo, Manual de procedimientos Trabajo Social, INPer., referente procedencia.

CUADRO NUM. 6.	ESTADO CIVIL.			
	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
A) SOLTERA	10	9	11	9
B) CASADA C y/o R.	83	69	80	67
C) DIVORCIADA	0	0	0	0
D) UNION LIBRE	23	19	25	21
E) SEPARADA	4	3	4	3
F) VIUDA	0	0	0	0
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

En el cuestionario piloto, se observa que la mayor parte de las entrevistadas son casadas civil y/o religiosamente, con el 69%; el 19%, viven en union libre; el 9%, son madres solteras y el 3%, son separadas o en proceso.

En el estudio social inicial, el mayor porcentaje se encuentra en el rubro de casadas civil y/o religiosamente, con el 67%; el 21%, viven en union libre; el 9%, son madres solteras y el 3% son separadas. Encontrando semejanza en ambos resultados.

CUADRO NUM. 7.	EDAD MUJERES.			
	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
- 12 - 16	9	2.5	9	7.5
17 - 21	16	13	14	11
22 - 26	30	25	35	29
27 - 31	33	27.5	32	27
32 - 36	24	20	21	17.5
37 - 41	13	11	8	7
42 - 46	1	1	1	1
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

En cuanto a la edad de las entrevistadas, en el cuestionario piloto, se observa que el mayor porcentaje se localiza entre las mujeres de 27 a 31 años, con el 27.5%; seguido de las que tienen entre 22 y 26 años, con el 25% y con el 20% entre las que tienen de 32 a 36 años, siendo la mayor parte de la muestra.

En el estudio social inicial, se observa que el mayor porcentaje se registra entre las mujeres de 22 a 26 años de edad, con el 29%; seguida de las mujeres que tienen entre 27 y 31 años, con el 27%, y de las que tienen entre 32 y 36 años de edad con el 17.5%.

Se encontró semejanza en los resultados y variantes debido a

que los estudios sociales, se aplicaron desde 1988, 1989, y principios de 1990, las cuales no han sido reclasificados en su totalidad.

CUADRO NUM. 8.

EDAD PAREJAS.

	CUESTIONARIO		E.S.I.		
	Fr.	%	Fr.	%	
- 18 - 22	10	9	- 15 - 20	7	6
23 - 27	26	25	21 - 25	23	22
28 - 32	33	31	26 - 30	39	37
33 - 37	17	16	31 - 35	19	18
38 - 42	17	16	36 - 40	16	15
43 - 47	3	3	41 - 45	2	2
	106	100	106	100	TOTAL.

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

En el cuestionario piloto, se observa, en cuanto a la edad de las parejas, que el mayor porcentaje se registra en el rubro de 28 a 32 años, con el 31%; mientras que en el estudio social, se observa que el mayor porcentaje se registra en el rubro de 26 a 30 años de edad con el 37%. Encontrando cierta semejanza en ambos resultados, ya que esta dentro de los parámetros pero con variantes, en cuanto a que los estudios sociales fueron aplicados desde 1988, 1989 y principios de 1990, registrando ciertas modificaciones.

CUADRO NUM. 9.

TIPO DE FAMILIA.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
A) TRADICIONAL	94	78	103	85
B) MODERNA	17	14	10	9
C) DESINTEGRADA	9	8	7	6
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

Dentro del cuestionario piloto aplicado se pudo observar, que el tipo de familia a la que pertenece la mayoría de las entrevistadas corresponde a familias tradicionales, con el 78%; seguidas con el 14%, por familias modernas, y el 8%, pertenecen a familias desintegradas.

En el estudio social inicial, el porcentaje más alto lo ocupa la familia tradicional, con el 85%; seguida con el 9% por familias modernas, y el 6%, por familias desintegradas. Encontrando semejanza en ambos resultados, pero con algunas variables, debido a que los estudios sociales iniciales, fueron aplicados desde 1988, 1989, y principios de 1990, donde probablemente su situación familiar ha cambiado. (26)

(26) Ver anexo, Protocolo del cuestionario, referente a tipo de familia.

CUADRO NUM. 10.

CLASIFICACION FAMILIA.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
A) NUCLEAR	69	57.5	102	85
B) EXTENSA	42	35	17	14
C) EXTENSA COMPUESTA	9	7.5	1	1
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa pediátrica, INPer., 1990.

Dentro del cuestionario, se observa, que la mayor parte de las familias de las entrevistadas son familias nucleares, correspondiendo al 57.5% de la muestra; el 35%, son familias extensas, y el 7.5%, son familias extensas compuestas.

En el estudio social inicial, se observa que la mayor parte de la muestra se encuentra dentro del rubro de familias nucleares, con el 85%, el 14%, por familias extensas y y el 1%, son familias extensas compuestas. Encontrando semejanza en ambos resultados. (27)

(27) Ver anexo, Protocolo del cuestionario, referente clasificación de las familias.

CUADRO NUM. 11.

ALIMENTACION.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
COMPLETA				
7 DIAS A LA SEMANA	31	26	22	18
5 DIAS A LA SEMANA	48	40	34	28
3 DIAS A LA SEMANA	33	28	57	48
CARBOHIDRATOS				
7 DIAS A LA SEMANA	0	0	4	3
5 DIAS A LA SEMANA	0	0	3	3
3 DIAS A LA SEMANA	8	6	0	0
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa pediátrica, INPer., 1990.

Como se puede observar, en el cuestionario, el 40% de las entrevistadas tiene una alimentación completa, constituida por leche, carne, huevos, verduras, frutas, granos, tortilla, pan y agua, la cual consumen en proporción de cinco días a la semana, el 28%, la consumen en proporción de tres días a la semana. Mientras que en el estudio social inicial, la mayor parte de la muestra, el 48%, consumen estos alimentos en proporción de tres días a la semana y el 28%, la consumen en proporción de cinco días a la semana. Encontrando algunas variantes en ambos resultados.

CUADRO NUM. 12.

ESCOLARIDAD MUJER.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
ANALFABETA	0	0	0	0
ALFABETA	1	1	1	1
PRIMARIA COMPLETA	22	18	29	24
PRIMARIA INCOMP.	9	7.5	0	0
CARR.TEC.C/PRIMARIA	9	7.5	5	4
SECUNDARIA COMPLETA	32	27	37	31
SECUNDARIA INCOMP.	7	6	0	0
BACH.PREPA.O VOCA.COMP.	12	10	18	15
BACH.PREPA.O VOCA.INC.	3	2.5	0	0
NIVEL TECNICO COMPLETA	10	8	16	13
NIVEL TECNICO INCOMPLETA	0	0	0	0
PROFESIONAL COMPLETA	9	7.5	13	11
PROFESIONAL INCOMPLETA	5	4	0	0
POSTGRADO	1	1	1	1
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas, en consulta externa de pediatria, INPer., 1990.

En cuanto a la escolaridad de la mujer, el mayor porcentaje registrado en el cuestionario piloto, recae en el rubro de secundaria completa, con el 27%, seguido por primaria completa, con el 18%, siendo la escolaridad mas alta de la mayor parte de la poblacion estudiada; mientras que una minoria, se encuentra

dentro de los rubros de postgrado y alfabeta, con el 1%, respectivamente.

En el estudio social, el mayor porcentaje se registra en secundaria completa, con el 24%, y una minoría en los rubros de alfabeta y postgrado, con el 1%. Por lo que se observa cierta semejanza en ambos resultados.

CUADRO NUM. 13.

ESCOLARIDAD PAREJA.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
ANALFABETA	0	0	0	0
ALFABETA	0	0	1	1
PRIMARIA COMPLETA	17	16	20	19
PRIMARIA INCOMPLETA	2	2	0	0
TECNICA C/PRIMARIA	1	1	0	0
SECUNDARIA COMPLETA	25	23	37	35
SECUNDARIA INCOMP.	14	13	0	0
BACH.PREPA.VOCA.COMP.	4	4	23	22
BACH.PREPA.VOCA.INCOM.	12	11	0	0
NIVEL TECNICO COMPLETA	4	4	5	4
NIVEL TECNICO INCOMPLETA	0	0	0	0
PROFESIONAL COMPLETA	20	19	19	18
PROFESIONAL INCOMPLETA	0	0	0	0
POTSGRADO	1	1	1	1
TOTAL	106	100	106	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas en consulta externa pediátrica, INPer., 1990.

En el cuestionario piloto, en cuanto a la escolaridad de la pareja, el mayor porcentaje se registra en el rubro de secundaria completa, con el 24%, seguido por profesional con preparatoria o equivalente, con el 19%, y primaria completa con el 16%, mientras que una minoría se registra en carrera

técnica con primaria y postgrado con el 1%, respectivamente.

En el estudio social, el mayor porcentaje se registra en secundaria completa, con el 35%, seguida por bachillerato, preparatoria o vocacional completa, con el 22%, y el 19% en primaria completa y una minoría en alfabeta y postgrado con el 1%, respectivamente.

Se encontró similitud en ambos resultados, en cuanto a, que, el mayor porcentaje de entrevistadas, dijo que su pareja tenía estudios a nivel medio; observando diferencia en los demás rubros debido a que, en el estudio social inicial no se toma en cuenta si son completos o incompletos sus estudios, o a que pudieron seguir estudiando.

CUADRO NUM. 14.

TIPO DE OCUPACION. MUJERES.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
SIN EMPLEO	101	84	110	91
SUBEMPLEADO	4	3.5	2	2
OBrero	1	1	0	0
EMPLEADO	10	8	6	5
COMERCIANTE	1	1	1	1
NIVEL MEDIO	3	2.5	1	1
EJECUTIVO O EMPRESARIO	0	0	0	0
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas en consulta externa pediátrica, INPer., 1990.

En cuanto al tipo de ocupación de la mujer entrevistada, en el cuestionario piloto, se registró un mayor porcentaje en el rubro de sin empleo, con el 84%, y un mínimo porcentaje en los rubros de empleado, con el 8%, subempleado, con el 3.5%, nivel medio, con el 2.5% y comerciante y obrero con el 1% respectivamente.

En el estudio social inicial, el mayor porcentaje se registra en el rubro de sin empleo con el 91% y un mínimo porcentaje entre los rubros de empleado, con el 5%, subempleado, con el 2%, comerciante y nivel medio con el 1% respectivamente. Observando semejanza en los resultados. (28)

(28) ver anexo. Manual de Procedimientos T.S., INPer., referente ocupación.

CUADRO NUM. 15.

OCUPACION. PAREJA.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
SIN EMPLEO	0	0	5	5
SUB EMPLEADO	34	32	37	37
OBRAERO	20	19	27	25
EMPLEADO	31	29	29	27
COMERCIANTE	7	7	2	2
NIVEL MEDIO	14	13	4	4
EJECUTIVO O EMPRESARIO	0	0	0	0
TOTAL	106	100	106	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas en consulta externa pediátrica, INPer., 1990.

En cuanto al tipo de ocupación de la pareja de las entrevistadas, en el cuestionario piloto, se registró el mayor porcentaje en el rubro de subempleado, con el 32%; seguido del rubro de empleado, con el 29%, obrero, con el 19%; y una minoría en los rubros de nivel medio y comerciante.

En el estudio social inicial, el mayor porcentaje se registró en el rubro de subempleado, con el 37%, seguido del rubro de empleado con el 27%; de obrero, con el 25%, y una minoría en los rubros de nivel medio, sin empleo y comerciante. Encontrando semejanza en ambos resultados en cuanto a que la mayor parte de las parejas son subempleados, y algunas variantes por parte de las entrevistadas en cuanto a

que la información a este respecto fue manipulada para obtener una clasificación económica inferior. (29)

(29)Ver anexo, Manual de procedimientos T.S., referente ocupación.

CUADRO NUM. 16

INGRESOS.

	CUESTIONARIO		E.S.I.	
	Fr.	%	Fr.	%
0 - \$250,000.00	13	11	37	31
251 - \$350,000.00	30	25	29	24
351 - \$450,000.00	21	17.5	23	19
451 - \$550,000.00	12	10	14	12
551 - \$650,000.00	15	12.5	10	8
651 - \$750,000.00	5	4	1	1
751 - \$850,000.00	4	3	2	2
851 - \$950,000.00	6	5	1	1
951 - \$1'050,000.00	1	1	1	1
1'051-2'050,000.00	13	11	2	1
TOTAL	120	100	120	100

FUENTE: Madres de lactantes menores entrevistadas en consulta externa pediátrica. INPer., 1990.

En cuanto al ingreso, el cuestionario piloto, registra que el mayor porcentaje, con el 25%, percibe un salario mínimo de \$251 - \$350,000.00 pesos, y los otros se encuentran repartidos en los demás rubros.

En cuanto al estudio social inicial, se encontró que el mayor porcentaje se registra en los que perciben de 0 - \$250,000.00 pesos. Esto puede deberse a:

1.-Que los estudios sociales iniciales, fueron aplicados desde 1988, 1989, y principios de 1990, en donde el salario se ha

modificado de acuerdo a las necesidades existentes del país;

2.-se encontraron tres salarios diferentes, hasta la fecha de la investigación (1990).

3.-a que este punto tan importante para conocer la situación socioeconómica real de los entrevistados, es pasado por alto, con el simple hecho de decir ignorarlo u omitirlo, por lo que no aparece en la mayor parte de los estudios sociales iniciales, con el único propósito de que se les asigne una clasificación inferior a sus posibilidades reales. Por lo que, la información a este respecto no es confiable, la cual fue manipulada por conveniencia de las entrevistadas, debido a ello, no se realizó una comparación real. (30)

(30)Ver anexo, Manual de procedimientos Trabajo Social, INPer.,referente ingresos.

3.7. PROCESO DE FORMACION DE GRUPOS.

Al finalizar la comparacion e interpretacion de los mismos, en base a los resultados obtenidos, se dió paso a la formacion de grupos, para la contrastacion de la informacion referida en ambos resultados, y de esta manera comprobar la veracidad e influir en las madres, para un cambio de actitud hacia la informacion que proporcionan a la institucion.

Para lo cual, se elaboró el siguiente plan de trabajo, con la finalidad de motivar y sensibilizar a las madres de lactantes menores entrevistadas previamente en consulta externa pediátrica, y de acuerdo a ello, avalar la confiabilidad de la informacion referida.

A partir de la primera sesion en que se aplicó este plan de trabajo, se tuvo que modificar de acuerdo a las necesidades que se estaban presentando, tales como: la falta de asistentes, quedando estructurado de la siguiente manera:

TECNICAS: Narrativa, grupos de discusion y lluvias de ideas.

INSTRUMENTOS: Crónica, rotafolio, grabadora, cassettes, cuestionario fase 2, hojas blancas, plumas y lápices.

DURACION: 90 minutos.

La sesion se dividió en dos fases:

1a. FASE: a) Presentación de coordinadoras e indicaciones generales.

Consistió en la presentación de las investigadoras al grupo, contemplando de manera general el motivo de la investigacion, así como la importancia de la participacion de

las asistentes y la veracidad de la información que refieran, tratando de motivar y sensibilizar a las madres, creando una atmósfera de confianza, seguridad y haciéndolas sentir que son parte del grupo.

Para apoyar estas sesiones, se optó por utilizar las técnicas, "entendiéndose por técnica," al conjunto de medios y procedimientos que, utilizados en situaciones de grupo, sirven para facilitar y estimular la acción y funcionamiento del grupo, en vista a alcanzar sus propios objetivos"-(31), narrativas, de grupos de discusión y lluvias de ideas. Las cuales consisten en:

TECNICA NARRATIVA: Grabar cada una de las sesiones que se llevarán a cabo, teniendo como objetivo que la información referida no sea manipulada o distorsionada por las investigadoras.

TECNICA DE GRUPOS DE DISCUSION: "Un grupo reducido trata un tema o problema en discusión libre e informal conducido por un coordinador. Permitiendo el intercambio de experiencias de diferentes puntos de vista, de conocimientos, resolver problemas eventualmente la toma de decisiones, con un número reducido de participantes.

TECNICA LLUVIA DE IDEAS: Un grupo pequeño presenta ideas o propuestas en torno a una cuestión, sin ninguna restricción o limitación. Estimulando la capacidad creadora y sirve para

(31)ANDER-EGG, Ezequiel, "metodología de trabajo social", 4a.ed., México, 1986. pp.164-177.

crear un clima favorable a la comunicación y a la promoción de ideas y soluciones no convencionales. Se necesita de un coordinador para organizar y sistematizar los diferentes aportes". (32)

b) Presentación de las asistentes ante el grupo.-

En esta actividad se les preguntaron datos generales como: nombre, edad, estado civil, número de hijos, domicilio y ocupación. Duración un minuto por persona, aproximadamente.

c) Formación de parejas.-

Se modificó de acuerdo a las necesidades que presentó cada sesión, de la siguiente manera:

De uno a seis asistentes (individual)

De más de seis asistentes (por pareja).

Este punto, refirió aspectos sobre el Instituto, motivo causa. En donde se contestaron las siguientes preguntas:

Cómo se enteró de la existencia del instituto?

Quien la envió?

Cual fue el motivo o causa de su ingreso?

Cómo fue aceptada y que hizo para ello?

Tiene seguridad social? si no porque.

Lo utiliza? si no porque.

Duración tres minutos individual o por pareja, la cual será expuesta ante el grupo. Discusión de 10 a 15 minutos.

2a. FASE: A) Formación de cuartetos.-

Se modificó de acuerdo a las necesidades que se

(32) ANDER-EGG, E., loc. cit.

presentaron en cada sesión:

1.- Si la asistencia es de uno a cinco madres se realizó individualmente.

2.- Si la asistencia es de seis o más se realizará por parejas. Indicaciones número 1.: entregar cuestionario, dar indicaciones de llenado, entregar hoja para anotar sugerencias, resumen de le cuestionario, aclarar dudas.

Indicaciones número 2.: formar parejas, entregar cuestionario, nombrar secretaria por pareja, dar indicaciones de llenado, entregar hoja de sugerencias, resumen y dudas. Duración de 15 a 20 minutos.

Esta fase tiene la finalidad de conocer el trato que recibieron las madres en su estancia en el instituto, además de que den a conocer sus quejas y observaciones en cuanto al servicio.

B) Conclusiones o sugerencias generales. En cuanto al área de trabajo social y demás áreas del instituto, por los miembros del grupo, y causas por las causas por las que distorsionan la información, quejas. Duración 10 minutos.

C) Cierre de sesión.- conclusiones, retomando comentarios positivos y negativos, por el coordinador y por algún miembro del grupo y agradecimiento por su asistencia. Duración 5 minutos.

La muestra se conformó por las 120 madres de lactantes menores contactadas en el momento en el que les fué aplicado el

cuestionario piloto en consulta externa pediátrica siendo incluidas nuevamente para la formación de grupos, que fueron coordinados por las investigadoras con la supervisión de trabajo social. Las sesiones se llevaron a cabo del 30 de Julio al 3 de Agosto de 1990, en la sala de junta del departamento de trabajo social y en aula de educación para la reproducción del instituto.

Las madres fueron divididas en grupos de 20 personas cada sesión formando seis grupos, de los cuales 45 fueron contactadas por vía telefónica, el resto (75 madres), por telegrama, los que fueron enviados por el departamento de archivo y correspondencia del instituto.

Para las que fueron citadas por vía telefónica, las sesiones se realizaron los días 31 de Julio de 1990 (martes) y el 2 de Agosto de 1990 (jueves), a las 15:00 hrs. en el aula de educación para la reproducción, dando un margen de inicio para cada sesión de 30 minutos.

Las citadas por telegrama, las sesiones se llevaron a cabo, los días lunes 30 de Julio de 1990, miércoles 1ro. de Agosto de 1990, y viernes 3 de Agosto de 1990, a las 10:00 hrs., en la sala de juntas del departamento de trabajo social.

Lunes 30 de Julio, se citó a 20 madres quienes no asistieron, debido a que los telegramas no fueron enviados. Llegando una paciente que fue contactada vía telefónica.

Martes 31 de Julio, fueron citadas 20 madres por vía telefónica, de las cuales solo asistieron cinco, optando por modi-

ficar las sesiones expuestas en el plan de trabajo para los demás días programados. Aunque fue un grupo reducido se trabajó satisfactoriamente, ya que fue muy participativo y dinámico, además de lograr la cohesión, beneficiándonos con la información que proporcionaron en el transcurso de la misma.

Miércoles 1ro. de Agosto, no se realizó la sesión, debido a que no fueron enviados los telegramas por falta de comunicación entre la Jefatura de trabajo social y el departamento de archivo del instituto.

Jueves 2 de Agosto, fueron citadas 20 madres de las cuales se presentaron seis(33%), fue un grupo participativo, dispuesto a cooperar.

Viernes 3 de Agosto, asistieron seis madres (33%) de las 20 citadas, resultando ser un grupo dinámico, se obtuvieron buenos resultados.

En vista de que no hubo suficientes participantes y que dos de las sesiones programadas fueron suspendidas por falta de quorum, se realizaron dos sesiones más, las que fueron programadas para los días miércoles 8 de Agosto y viernes 10 de Agosto, las que se llevarían a cabo a las 10:00 horas, en la sala de junta del departamento de trabajo social, incluyendo a las madres que no habían acudido con anterioridad como a las que no les fueron enviado los telegramas.

Miércoles 8 y viernes 10 de Agosto, la asistencia fue mínima, ya que en los dos días programados, sólo se presentaron dos madres(10%), una fue contactada por telegrama y la otra por

vía telefónica. Se llevo a cabo las sesiones con las madres y se les aplicó las técnicas programadas, de las cuales se obtuvo un gran número de sugerencias y cooperación.

En relación con los grupos formados, se obtuvieron los siguientes resultados:

Al realizar las sesiones se explico la finalidad de la investigación, motivando y sensibilizando a las asistentes, lo cual no fue difícil ya que los grupos formados, estaban en la mejor disposición de cooperar, distinguiéndose principalmente por ser grupos participativos y dinámicos.

De la muestra elegida de 120 madres de lactantes menores a las que se les aplicó el cuestionario, sólo asistieron 20, es decir, el 17% de estas, las 100 restantes, es decir, el 83%, no asistió, siendo las causas principales: los telegramas, ya que no fueron enviados en su totalidad por archivo y correspondencia del instituto, y los que si fueron enviados o no llegaron a su destino o fueron ignorados. Por otra parte, las madres que fueron citadas por vía telefónica y no asistieron, se desconoce el motivo por el cual no acudieron. Y las que si asistieron argumentaron el interés por participar con el objetivo de la investigación.

De las asistentes a las sesiones, les fueron revisados sus estudios sociales y cuestionario piloto, comparando la información que habían proporcionado en ambos instrumentos, encontrando que coinciden, es decir, la información que dieron en ambos

es igual. Alterándose claro está, en el número de integrantes debido a que cuando ingresaron eran pacientes ginecológicas, en tres de ellas los ingresos que expusieron, habían mejorado, y en dos casos más en su dirección, ya que cambiaron la ubicación de ésta. Por lo que se puede interpretar que las que no asistieron habían modificado o manipulado la información que proporcionaron.

En cuanto a las causas o motivo por el que habían acudido al instituto, coinciden en que en un momento presentaron problemas de embarazo de alto riesgo. Quienes fueron enviadas al instituto, por algún médico o familiar. Por otro lado, tres de las asistentes dijeron tener algún tipo de seguridad social, el cual sólo utilizaban en ocasiones, opinando que muchas veces el servicio a los derechohabientes en estos organismos, es pésimo, prefiriendo pagar a un médico particular.

En la segunda fase de la sesión fue aplicado el cuestionario, el que tenía como objetivo conocer la atención que les brindó el personal que labora en las diferentes áreas en que está conformado el instituto, y las causas por las que manipulan la información a la trabajadora social. Coincidieron en general, que la atención había sido buena. Al preguntar porque la inasistencia de las demás invitadas, opinaron que muchas de las pacientes viven en lugares muy retirados al instituto, en donde las vías de acceso son limitadas perdiendo mucho tiempo en su traslado, por lo que se disipa su atención a este tipo de reuniones, en las cuales no perciben ningún tipo

de beneficio individual a corto plazo o lo ignoran. Además, de coincidir en que manipulan la información para pagar menos, dando datos falsos a la trabajadora social, la cual los acepta como fidedignos, sin realizar ninguna investigación al respecto.

Se puede observar que existe un gran desinterés y apatía por parte de los usuarios, a asistir a programas o pláticas institucionales, debido a que recurren al instituto, con el único propósito de que sean atendidas medicamente dejando a un lado este tipo de pláticas, en las cuales consideran que no obtendrán algún beneficio a corto plazo, o en su estancia en el instituto, ocasionando una ruptura paciente-institución, siendo entonces la trabajadora social una intermediaria.

Sugerencias efectuadas durante las sesiones de formación de grupos:

- Que se de apertura a más institutos como el instituto de perinatología.

- que en el servicio de urgencias, se lleven a cabo estudios nuevos tanto obstétricos como perinatales, a parte de los habituales, para que permitan una ayuda más clara a los médicos, y que el servicio de monitoreo y ultrasonido funcione los fines de semana, además de realizar estudios preliminares al término del embarazo para saber si será parto normal o cesárea.

- Para que los estudios socioeconómicos sea más reales es necesario realizar visitas domiciliarias.

- Elaborar más folletos informativos.

- Dar mayor información sobre los servicios que proporciona el instituto, además de pláticas para orientar a los usuarios.
- Que los médicos proporcionen a las pacientes el resumen de su historial clínico, con la finalidad de acudir a otra institución y no se tenga que realizar nuevamente éste.

3.8 ANALISIS E INTERPRETACION.

A través de la investigación, que se realizó para conocer las causas por las que las madres de lactantes menores distorsionan la información que proporcionan a la trabajadora social, cuando le es aplicado el estudio social inicial; se pudo constatar que existen similitudes en los resultados obtenidos en la comparación de ambos, en cuanto a que se trata de familias tradicionales nucleares, casadas por el civil y/o religiosamente, además, en edad, ocupación, escolaridad, ubicación, lugar de procedencia y material de construcción, y se observó significativas diferencias en cuanto a: ingreso, alimentación, tipo de tenencia, y servicios públicos.

En la sociedad existen factores económicos, políticos y sociales que confluyen de una u otra manera en las condiciones de la población, las cuales repercuten no solo en el individuo sino también en la dinámica familiar, donde se genera un sinnúmero de características psicosociales, por ser ésta, el primer ambiente que encuentra el hombre para su protección material, seguridad emocional y función educadora.

En nuestro país, la familia se sitúa como la base es-

tructural, es decir, como una unidad social universal, la cual esta constituida por el padre, la madre y los hijos. Dentro de ella, se encuentran especificadas las funciones sociales del trabajo, la protección al menor y su nutrición en un período considerable, así como la primera educación de éstos, con respecto a los hábitos, costumbres sociales y conocimientos básicos. En otras palabras, la familia es un grupo compuesto por adultos de ambos sexos, los cuales viven bajo el mismo techo y mantienen una relación sexualmente aceptada, que incluye a los hijos procreados o adoptados por dichos cónyuges. A este respecto, se encontró gran semejanza en los resultados(33), ya que la mayor parte de las entrevistadas, se consideraron como integrantes de familias tradicionales nucleares, en donde el padre, la madre y los hijos, juegan un papel importante en el núcleo familiar, adoptando cada uno de los miembros un rol determinado, tanto de trabajo como de cooperación, siendo el padre la cabeza de la familia y proveedor principal que satisface las necesidades generadas por ésta, es decir, es el sostén económico hasta que sus hijos tienen los medios para hacerlo.

Ahora bien, para que se desarrolle y se consolide una familia, es necesario, pero no indispensable, cubrir ciertos requisitos establecidos por el derecho y las obligaciones civiles que esta unión confiere, del estado civil de la pareja dependera su condición social. De acuerdo a ello, se han

(33) Ver cuadro comparativo (9 y 10), referente a tipo y clasificación de la familia.

establecido diferentes criterios para su unión, los cuales son principalmente; el matrimonio civil y/o religiosamente; al contraer matrimonio, la familia se encuentra protegida y reconocida ante la ley, la cual le brinda garantías constitucionales para su seguridad. En lo referente a este punto, se observan semejanzas en los resultados (34), ya que la mayor parte de las entrevistadas son casadas, ya sea por el civil y/o religiosamente. Lo que nos indica, que a pesar de los cambios culturales, educativos y tecnológicos y de los grandes avances y transformaciones que ha sufrido la civilización, aún perduran costumbres, creencias y tradiciones que se han ido arraigando a través del tiempo. Estos resultados nos demuestran que la familia es considerada aún en nuestros días, como la base de toda sociedad.

Con respecto a la edad en que se han unido las parejas e integrado sus familias, se encontró que existen similitudes en los resultados, en cuanto a que, en la mayor parte de las entrevistadas (35), sus edades fluctúan entre los 22 y 31 años y en sus parejas (36), entre los 26 y 32 años.

En cuanto a las funciones sociales con respecto a la división social del trabajo, se encontró que se semejan los resultados, donde la mayoría de las madres entrevistadas (37),

(34) Ver cuadro comparativo (6), referente estado civil.

(35) Ver cuadro comparativo (7), referente edad mujer.

(36) Ver cuadro comparativo (8), referente edad pareja.

(37) Ver cuadro comparativo (14), referente ocupación mujer.

se ocupan exclusivamente de las labores domesticas, del cuidado, atención y educación de sus hijos. En cambio su pareja realiza actividades inherentes a la producción de bienes y servicios, el cual, percibe un salario por su trabajo, que destina a cubrir los gastos que genera esta, en cuanto a: alimentación, vestido, vivienda, educación, culturales y recreativos. En el cuadro comparativo se encontro gran semejanza en lo referente a la ocupación de las parejas de las entrevistadas (38), la cual recae dentro de la categoría de subempleado, quien al realizar este tipo de actividades, su ingreso es poco significativo e insuficiente para satisfacer en su totalidad las necesidades primarias de su familia, aunado, a la poca preparación educativa que han tenido, no les permite tener un empleo mejor remunerado, por lo tanto, consiguen empleo "de lo que sea", para salir del paso.

Dentro de la perspectiva sociológica, se dice que la educación es un proceso, encaminado a transmitir la cultura a las generaciones jóvenes a fin de prepararlos para la vida; desde el punto de vista psicológico, la educación se entiende como el proceso tendiente a realizar plenamente la personalidad individual. En ambas consideraciones la educación reúne un propósito: modificar al hombre en un sentido de progreso y perfeccionamiento continuo.

De esta forma, la idea de mejoramiento esta íntimamente ligada a la educación, pues el avance constante de la ciencia,

(38) Ver cuadro comparativo (15), referente ocupación pareja.

la tecnología y otros ámbitos culturales comprometen al proceso educativo para que se refleje cada vez más en las acciones y conductas de la comunidad, en un plano de ascenso personal y social. Donde no todos son beneficiados ya que no tienen las mismas oportunidades y posibilidades de mejoramiento gradual, sistemático y continuo. En México, un alto porcentaje de la población no está debidamente educada, no posee ni siquiera los elementos e instrumentos culturales para comprender y participar adecuadamente en la realidad social.

A este respecto se observa similitud en los resultados (39), ya que la mayor parte de las madres entrevistadas, cuentan con estudios a nivel medio, es decir, de secundaria completa o equivalente, siendo su única perspectiva las labores domésticas y el cuidado de sus hijos, dejando a un lado su realización profesional y personal, y en algunos otros casos, no contaron con las oportunidades para hacerlo, o fueron educadas en el seno familiar con este propósito. En cuanto a las parejas se encontró (40), que la mayoría sólo cuenta con estudios a nivel medio, esto significa que en el momento de entrar al mercado de trabajo, sus actividades como subempleados no sean bien remuneradas, conformándose con el bajo salario que perciben, lo cual es un problema, siendo en algunos casos insuficiente, también repercute el hecho de que sus parejas no contaron con las oportunidades o no les interesó superarse, estudiando una profesión u oficio.

(39) Ver cuadro comparativo (12), referente escolaridad mujer.

(40) Ver cuadro comparativo (13), referente escolaridad pareja.

En cuanto al ingreso que perciben las familias entrevistadas (41), encontramos variantes importantes principalmente porque: en el momento de aplicar el estudio social inicial a las pacientes, omiten o dicen ignorar el ingreso, para que de esta manera, se le asigne una clasificación inferior a ésta; o bien, porque sus ingresos han mejorado, de cuando les fue aplicado el estudio social por la trabajadora social, contando con un nivel económico mas estable.

El problema de la alimentación, se percibe día a día con la adquisición de productos basicos, ya que se ve minimizada al comprar sólo aquellos que permita el ingreso familiar; esto como centro beneficiario del proceso de desarrollo, necesita satisfacer sus requerimientos basicos en lo referente a la alimentación, la cual debe ser, balanceada; apropiada al individuo, en función a su edad, sexo, talla, actividad física, estudios fisiológicos; variada, porque debe incluir alimentos de los tres grupos (carbohidratos, grasas, y proteínas); suficiente, en cuanto a que debe cubrir los requerimientos del organismo (en calorías, proteínas, vitaminas, minerales y agua); y sin contaminantes: puesto que una alimentación completa y nutrición adecuada, condicionan el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades individuales y colectivas.

Las condiciones de alimentación y los niveles de nutrición en México, están estrechamente ligadas a los niveles de ingreso familiar, que, a su vez, están condicionadas por el acceso a

(41) Ver cuadro comparativo (16), referente ingreso p/familia.

recursos de producción o a las posibilidades de obtener un empleo remunerado. Por lo que, el alto costo de la alimentación, repercute en forma considerable en la capacidad adquisitiva de los grupos de bajos ingresos limitandolos a alimentos con poco valor nutricional. Además existe una gran heterogeneidad en los hábitos alimentarios, lo que es resultado de la diversidad regional, de las diferencias en la evolución tecnológica alcanzada y de la desigual distribución del ingreso y de bienestar social.

De igual forma la influencia de la publicidad ha propiciado el consumismo, sustituyendo los alimentos con alto contenido nutricional, por productos industrializados, los llamados "productos chatarra" (frituras, refrescos y harinas refinadas), con escaso o nulo valor, ocasionando aún más el deterioro en su alimentación.

Debido a este panorama, se pudo constatar en los resultados obtenidos en el estudio aplicado por la investigadoras, que la alimentación de la mayoría de las familias entrevistadas (42), se basa principalmente en: alimentos tales como carne, leche, huevos, verduras, frutas, granos, pan, tortilla, y agua. La que es consumida en proporción de cinco días a la semana, por lo que, se cree que su alimentación es completa; la cual, no coincide con los resultados obtenidos en el estudio social inicial, debido a que, se encontró, que la regularidad con que consumen estos alimentos es proporcional a tres días a la

(42) Ver cuadro comparativo (11), referente alimentación.

semana, y que corresponde a los parámetros de alimentación completa, pero insuficiente para tener una buena nutrición, y, por ende, la obtención de calorías, proteínas, etcétera, necesarias para mantenerse sano. Al analizar mas profundamente en este sentido, encontramos, que al igual que el punto referente al ingreso, las entrevistadas alteran la información, para que en el momento de darle su clasificación, esta sea inferior, o también, por que, se modificaron los items contemplados en el estudio de las investigadoras, para que se pudiera realizar la comparación, observando diferencias importantes.

Por otra parte, el aspecto de la vivienda, adquiere mayor importancia en áreas urbanas, como la ciudad de Mexico, debido al notable crecimiento registrado, como consecuencia del aumento de la población y la constante migración hacia ella, lo que ha determinado esta problemática, ya que es necesidad básica cuya satisfacción condiciona a la alimentación, la salud y la educación, siendo un elemento clave del desarrollo social y, por tanto, un derecho social. De acuerdo a ello, la vivienda es considerada como el habitat natural y social donde aquella constituya un hogar, procurando que esta sea un elemento generador de desarrollo del grupo social en su relación con las actividades económicas, sociales, culturales, recreativas y políticas. La vivienda es entonces, uno de los bienes de consumo fundamentales para el ser humano, el cual, es un indicador, que nos permite conocer las condiciones de vida de un individuo, su familia y de la población en general. A este

respecto no fue posible llevar a cabo la comparacion, debido a que, no se contempla en el estudio social inicial, el tipo de vivienda, por lo que, los datos que se obtuvieron son del estudio aplicado por las investigadoras, en donde se encontro, que la mayoria de las entrevistadas, dijo vivir en casa sola, y una minoria en edificio o condominio.

La necesidad de la vivienda esta estrechamente relacionada con el proceso de urbanizacion, que trajo como consecuencia:

- 1) Una distribucion desigual de la poblacion en el territorio;
- 2) Una concentracion en los grandes centros industriales, demandando infraestructura social basica;
- 3) Una dotacion de servicios publicos, no planificada, para la demanda de la poblacion;
- 4) Asentamientos urbanos irracionales, por el crecimiento demografico y la migracion del campo a la ciudad.

Esta concentracion urbana incide directamente en el mercado habitacional, el cual se ha agravado por las presiones del crecimiento, provocando un deficit de viviendas, fomentando el crecimiento hacia zonas perifericas, que aparecen como resultado de un proceso de ocupacion espontaneo, en terrenos de dificil acceso, sin urbanizacion, e incluso no aptos para uso habitacional y cuyos efectos van aparejados (sociales y economicos) con el problema juridico de la tenencia de la tierra. Siendo necesario para su produccion, del uso del suelo, de fuentes de financiamiento, y de infraestructura de servicios publicos, ademas, del crecimiento de la industria de la

construcción.

En este sentido la tenencia de la tierra, es uno de los problemas que necesitan inmediata solución en el distrito federal, (donde se ha considerado a la tenencia como el terreno en el cual se encuentra asentada la vivienda), ya que ha sido acaparada por empresas con fines de lucro, sin dejar espacios suficientes (a excepción del sector público) para la producción de viviendas dirigidas al ámbito social. Por lo que fueron creados organismos tripartitas, los cuales, construyeron unidades habitacionales o bien otorgaron créditos para la construcción o mejoramiento de la vivienda, siendo beneficiados algunos de los trabajadores del estado y una parte de los trabajadores asalariados afiliados al INFONAVIT., sin poder cubrir adecuadamente la demanda de estos sectores.

En cuanto a la comparación de resultados en lo referente al punto sobre tipo de tenencia de las entrevistadas(43), se encontró, en los estudios sociales iniciales, que la mayoría era prestada, siendo contradictoria con los resultados obtenidos por medio del estudio aplicado por las investigadoras, en donde el tipo de tenencia de la gran mayoría se contempla dentro de los rubros de propia y rentada, (siendo adquirida por medio del INFONAVIT. u otros organismos de financiamiento o por autoconstrucción), fabricadas (44) con material de mampostería, (dato que se semeja con el estudio social inicial), contando

(43) Ver cuadro comparativo (1), referente tipo de tenencia.

(44) Ver cuadro comparativo (4), referente material construcción.

con todos los servicios públicos (45); agua, luz, drenaje, pavimentación, y algunas con teléfono, en este sentido se encontraron también diferencias en los resultados obtenidos del estudio social inicial, ya que la mayor parte, asento en ese instrumento que solo contaban con dos servicios: agua y luz. Estas diferencias pueden deberse a:

- 1) A que, los estudios sociales fueron aplicados en su gran mayoría en los años 1988, 1989, y principios de 1990, los cuales no han sido actualizados.
- 2) A que, como en ingreso y alimentación, manipularon la información las entrevistadas para que de esta manera obtuvieran una clasificación más baja.
- 3) A que, en los años en que se les aplico el estudio social inicial, no contaban en su comunidad con todos los servicios públicos, los que ahora han mejorado, surgiendo mejoras de igual manera en el nivel socioeconómico de la población estudiada, y por ello, haya variantes.
- 4) Ú porque, se modificaron los ítems, o también porque sólo toman en cuenta tres servicios: agua, luz y teléfono, dentro del estudio social inicial.

Ahora bien, en cuanto al punto referente al lugar de procedencia se pudo constatar que existen similitudes en los resultados, debido a que la mayor parte de las entrevistadas proceden principalmente del interior de la República Mexicana (46), y se ubican de acuerdo a sus ingresos dentro, en la

(45) Ver cuadro comparativo (3), referente servicios públicos.

(46) Ver cuadro comparativo (5), referente a lugar procedencia.

periferia del Distrito Federal, o bien en los llamados cinturones de miseria (47).

A manera de conclusion, podemos decir con esto, que este acelerado crecimiento, obedece a la falta de planeación de las variables demograficas como son: la alta natalidad, la baja mortalidad y la migracion, en donde no ha sido posible evitar el exodo de masas hacia estas zonas que, aparentemente, le brinda mejores condiciones economicas de vida y oportunidades de mejorar su nivel educativo. Esto ha provocado que el desarrollo económico y la capacidad de empleo sean minimas a la nueva poblacion, ya que existe gran competitividad en todos los sectores, principalmente: en empleo, vivienda, y salud, influyendo en el ingreso per capita, siendo mas bajo, debido al elevado número de demandantes a un empleo, el que es mejor remunerado cuando se cuenta con mas preparacion.

Por lo que muchos de los habitantes del Distrito Federal, se ven en la necesidad de vivir en zonas, en donde no cuentan con todos los servicios publicos y en el peor de los casos hacerlo en zonas poco accesibles e insalubres, donde no existen los suficientes recursos materiales y financieros, para satisfacer los minimos de bienestar social.

En cuanto a lo citado con anterioridad, cabe mencionar, que el nivel de vida de las familias se encuentra intimamente relacionado con el nivel economico y social, y expresa los esfuerzos de la sociedad para darle bienestar a la poblacion. La

(47) Ver cuadro comparativo (2), referente ubicacion.

satisfacción de las necesidades básicas significa el cumplimiento de las exigencias mínimas de una familia en cuanto a consumo de las personas que la componen: alimentación, vivienda, vestido; e implica el acceso a servicios fundamentales como son: suministro de agua potable, electricidad, pavimentación, servicios higiénicos y sanitarios, y, educación, además de que toda persona que esta capacitada para el trabajo, encuentre un empleo digno y remunerado. De acuerdo a ello, el ingreso es un indicador fundamental para la medición del nivel de vida, por lo cual, al no ser del todo satisfactorio los sueldos o salarios que perciben, no pueden cubrir las necesidades primarias de sus familias, en cuanto a alimentación, vivienda, educación, y salud, principalmente. Características que fueron detectadas en las familias encuestadas.

De acuerdo a las características encontradas, se confirma nuestra hipótesis, "A mayor distorsión de la información que proporcionan las madres de lactantes menores, en el estudio social, menor conocimiento de las necesidades socioeconómicas reales que le aquejan, repercutiendo en el servicio de consulta externa y en la clasificación del usuario dentro del instituto". A este respecto se comprobó que la información proporcionada en el estudio social inicial, a la trabajadora social, en consulta externa, no es del todo confiable, ya que es manipulada, de acuerdo a los intereses de las entrevistadas, con el único propósito de obtener una cuota o clasificación inferior a sus ingresos, donde la información referida no es

verificada por trabajo social, en la gran mayoría de los casos, por falta de tiempo y personal capacitado para ello, repercutiendo en consulta externa y en general en el hospital, ya que la información archivada no es del todo fidedigna, interfiriendo además de las personas que no pueden pagar realmente las cuotas fijadas por el instituto para cada servicio y/o atención al público.

El estudio social inicial, solo tiene un propósito o finalidad: el de darle al usuario una clasificación, sin profundizar en el conocimiento real de su situación socioeconómica, siendo entonces, un requisito indispensable, para ingresar al instituto, por lo que la entrevistada da una información, que, sabe de antemano, que no será verificada, y de esta manera obtiene una clasificación, tal vez incorrecta. Además, se comprobó, que existe una gran apatía por parte de los usuarios, en cuanto a participación, cohesión o adherencia a programas o pláticas dentro del instituto, debido a que la mayor parte de los usuarios asiste solo por interés, y buscan un beneficio individual, en cuanto a atención médica se refiere, sin ocuparse, si es que no son recompensados, a corto plazo, de dar su opinión para mejorar el servicio que es brindado en el instituto, menos aun cuando los pacientes van a ser o son dados de alta. En cuanto a los programas o pláticas formulados en el instituto, por trabajo social, no cuentan con la promoción o difusión adecuada, además de que a las entrevistadas en el momento de aplicar el estudio social inicial, no se les

informan ni las dan a conocer a la población en su totalidad, ocasionando que estos no participen o no le den importancia. Otro aspecto es que no hay un seguimiento de casos real, además, de un programa de motivación y sensibilización a los usuarios, en cuanto a la importancia de la veracidad de la información que proporcionen a trabajo social, para que de esta manera se le proporcione una mejor atención y se conozcan realmente sus necesidades. Debido a ello, se cree necesario, la elaboración de un proyecto encaminado a motivar y sensibilizar a los usuarios de la importancia de la veracidad y confiabilidad de la información que den a la trabajadora social, dentro del instituto, y de esta forma, promover el cambio de actitud al respecto.

CAPITULO IV. PROPUESTA.

4.1 PROPUESTA.

El trabajador social en su practica profesional, se encuentra inmerso dentro de la dinamica social, interviniendo en un sinnúmero de problemas socioeconómicos como: desempleo, vivienda, salud, etcetera, ademas de llevar a cabo la tarea de sensibilizacion, concientizacion, educacion y motivación, de la poblacion, y la elaboracion de proyectos que mejoren sus condiciones. Para ello, se requiere de un alto grado de formacion que le permita el manejo adecuado de la practica social, dentro de una concepcion integral que responda a las necesidades existentes. Por lo que debe ser un profesional eficiente y dinamico, y romper con las concepciones asistenciales tradicionales, asumiendo la tarea de promocion social, la cual se entiende como "la concepcion más avanzada de la politica social y de la dinamica institucional y es aquella que recoge una concepcion del hombre como ser capaz de organizarse y movilizarse en la búsqueda de soluciones a sus necesidades" (48).

Por lo tanto, el trabajador social debe ubicarse dentro del desarrollo y modernización de las instituciones, las cuales, exigen un nuevo perfil profesional, que contribuya a la solucion de la demanda social, siendo necesario para ello, realizar un proceso de educacion continuo y permanente para

(48) MENDOZA RANGEL, Maria del Carmen, "Una opcion metodologica para los trabajadores sociales", p.37.

sensibilizar y motivar a la población y que se traduzca a mediano plazo, en un cambio de actitud congruente a las necesidades reales de la institución y de los usuarios.

De acuerdo a ello, se propone un proyecto de trabajo, dentro del Instituto Nacional de Perinatología, a cargo de trabajo social, el cual se enfoca a buscar la participación más activa y el cambio de actitud del usuario, logrando motivarlo y sensibilizarlo a cerca de la importancia de la veracidad y confiabilidad de la información que proporcionen a trabajo social en consulta externa y de los beneficios que puede otorgarle el instituto, si el adquiere un compromiso formal con ésta. De ser posible la realización de este proyecto, promoverá la dinámica humana y generará la organización de la población, logrando su participación activa y consciente en los demás programas institucionales, además de la búsqueda conjunta de soluciones a sus necesidades más mediatas.

OBJETIVO GENERAL.

Motivar y sensibilizar a la población que acude al Instituto Nacional de Perinatología, para que proporcione en el estudio social inicial, datos fidedignos y confiables, para que se contribuya a un mejor manejo de los servicios institucionales, captando las necesidades reales del usuario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Dar a conocer los servicios que conforman al instituto, para que el usuario haga uso correcto de cada uno de ellos.
- Motivar al usuario que ingresa al Instituto Nacional de

Perinatología, para que no distorsione la información que proporciona a la trabajadora social sobre su situación socioeconómica.

- Sensibilizar al usuario a cerca de la importancia de su participación dentro de programas institucionales, así como de los beneficios que puede aportarle.

- Hacer conciente al usuario de su compromiso y adherencia a la institución, con la finalidad de que se le brinde una mejor atención y obtenga de la institución los beneficios de este compromiso.

- Establecer una relación más estrecha con los usuarios, a fin de estar en condiciones de conocer sus inquietudes y aclarar sus dudas y/o necesidades.

METAS.

- Dar a conocer al 100% de la población que acude al Instituto Nacional de Perinatología por diferentes motivos, los servicios y programas vigentes, enfatizando en el proyecto de motivación y sensibilización.

- Conocer las necesidades más mediatas de los usuarios y la institución.

LIMITES.

TIEMPO: La realización del proyecto se llevará a cabo durante seis meses, con la posibilidad de que pueda ser permanente, en base a los resultados.

ESPACIO: Se realizara en el Instituto Nacional de Perinatología, en la sala principal de espera, primer piso.

UNIVERSO: Se llevara a cabo con la poblacion y/o usuarios que acuden al Instituto Nacional de Perinatologia.

ORGANIZACION.

El proyecto estara bajo la direccion del departamento de trabajo social, la coordinacion del mismo, estara a cargo de la titular del proyecto, con el apoyo multidisciplinario integrado por: enfermeras, médicos, psicóloga y trabajo social.

RECURSOS HUMANOS: Lo constituiran el equipo multidisciplinario, y tres pasantes de trabajo social y/o tres prestadores de servicio social.

MATERIAL Y EQUIPO: Rotafolio, folletos informativos (servicios, programas vigentes), diapositivas o filminas, sobre los servicios y/o atención que presta o da el instituto.

LOCAL: Sala de espera principal del instituto, primer piso.

FINANCIEROS: Los que proporcione la institución.

FUNCION DE TRABAJO SOCIAL.

ACTIVIDADES.

- Presentacion de el equipo de trabajo.
- Información de como se llevará a cabo la sesión grupal.
- Información sobre los servicios que proporciona el instituto.
- Motivar y sensibilizar al usuario sobre su participación dentro de la sesión grupal.
- Señalar la importancia de la información que proporcione en el estudio social inicial, la cual debe ser fidedigna y

confiable.

- Informar sobre las clínicas de atención que hay dentro de consulta externa, contando con la participación de trabajo social.

- Sensibilizar a las madres o pacientes ginecológicas y obstétricas, sobre los cuidados que deben mantener durante y/o después del período gestacional.

- Dar a conocer a la población en general, los cuidados y atención que deben observar para prevenir enfermedades.

SUPERVISION.

INTERNA: Se llevará a cabo por el titular del proyecto.

EXTERNA: Se realizará por medio de la jefatura de trabajo social.

EVALUACION.

Se realizará cada mes, permitiendo con ello, que pueda modificarse el proyecto en algún aspecto, de acuerdo a las necesidades y a los resultados que se presenten.

La evaluación podrá realizarse con la intervención de la titular que esté a cargo del proyecto y por el jefe de trabajo social, además de las pasantes y/o prestadores de servicio social, para que de esta manera, se intercambien puntos de vista y críticas constructivas, que beneficien al proyecto.

CONCLUSIONES.

En base al desarrollo del trabajo y confrontando los resultados obtenidos en la investigación, se llega a concluir, que:

- La salud en Mexico, es un derecho constitucional, fundamental del ser humano y como tal, las acciones que se dirigen a este, deben contemplar el aspecto físico, mental y social del individuo y/o la población.

- A la Secretaría de Salud, le corresponde coordinar acciones a través del sistema nacional de salud, para el logro de este principio.

- Tiene como propósitos básicos: 1) ampliar la cobertura de los servicios de salud a toda la población, dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos, así como, elevar la calidad de los servicios que se prestan; 2) Las instituciones que prestan servicios de salud de los gobiernos estatales y municipales, así como los sectores sociales y privados tienen la importante tarea de ayudar a plantear y realizar programas que puedan ofrecer un mejor nivel de salud a la población.

- Como sabemos, la población mexicana en su mayoría esta conformada por gente joven, por lo que la atención materno-infantil se ubica como programa prioritario de salud nacional, debido a que existe desconocimiento a este respecto y sobre todo en las parejas, en cuanto a las medidas y cuidados necesarios para alcanzar un mejor desarrollo físico y mental de los

menores. Para ello, el programa de atención materno-infantil se enfoca fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a proteger la salud física y mental de los menores, a través de acciones de prevención y atención oportuna de padecimientos.

- Una de las instituciones de salud que brinda su apoyo a este respecto, es el Instituto Nacional de Perinatología, el cual, es un centro de tercer nivel de atención, descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, que cuenta con infraestructura suficiente, para la atención de casos complejos, subespecialidades, además realiza importantes labores de docencia e investigación, contando con el equipo especializado para proporcionar atención médica, a mujeres con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.

- Dentro de la prestación de servicios a la población, el Instituto Nacional de Perinatología, cuenta con criterios de selección que permiten atender a los usuarios, que realiza a través de una evaluación que favorece la identificación de pacientes normales que necesariamente podrían recibirla en otros niveles de atención, dando paso a la aceptación de mujeres con problemas de riesgo materno, perinatal y reproducción humana.

- La población que se atiende en el instituto, se distribuye porcentualmente en los estratos socioeconómicos aceptados para los institutos nacionales de salud.

- Se establece que la hipótesis se comprobó en la investigación realizada, donde, a mayor distorsión de la información que proporcionan las madres de lactantes menores en el estudio social inicial, menor conocimiento de las necesidades socioeconómicas reales que le aquejan, repercutiendo en el servicio de consulta externa y en la clasificación del usuario dentro del instituto.

- De los resultados obtenidos en la investigación se concluye que: la clasificación o cuota a pagar es asignada por la trabajadora social, en consulta externa, a través de un sistema computarizado programado con base en el análisis de la condición socioeconómica de cada paciente, por lo que no se da un contacto directo con la entrevistada, ocasionando con ello, la manipulación de la información por ambas partes, pero principalmente por las que ingresan al instituto.

- El estudio social inicial, solo tiene un objetivo, el de determinar la clasificación o cuota a pagar por el usuario, sin ahondar en el aspecto social, el cual es de suma importancia para el trabajador social, para que conozca y determine con más exactitud la situación socioeconómica real del entrevistado.

- No hay suficiente personal de trabajo social, por lo que se origina una sobre carga de trabajo, pues una trabajadora social debe realizar al día 25 entrevistas aproximadamente, con su respectivo estudio social inicial, provocando que éstas sean aplicadas mecánicamente y superficialmente, sin profundizar en el conocimiento real de su situación socioeconómica y realizar una

entrevista más formal y profesional. Además de no proporcionar la información necesaria sobre programas institucionales o pláticas, acarreado con ello, la apatía o desinterés a este respecto.

- No existe unificación de criterios, en cuanto a la aplicación del estudio social inicial, ya que cada una de las trabajadoras sociales los realiza de acuerdo a sus criterios, conocimientos y experiencia a este respecto.

- La información que proporcionan las ingresantes a la trabajadora social en el momento de aplicar el estudio social inicial, no es verificada posteriormente, por falta de personal capacitado para ello, y de un programa de sensibilización y motivación para ambas partes, por lo que las entrevistadas manipulan la información y la distorsionan, sabiendo de antemano que no será investigada, con el único propósito de recibir una clasificación inferior a sus ingresos.

- La manipulación de la información se hizo más evidente en los ingresos de las entrevistadas, donde la gran mayoría, los omite o dice ignorarlos, para recibir una clasificación más baja a sus posibilidades económicas.

- Al realizar la modificación de los ítems de acuerdo al manual de procedimientos del departamento de trabajo social, es probable que los resultados obtenidos se hayan alterado, encontrando con ello, variaciones, pero aun así se hizo evidente la manipulación de la información por parte de las entrevistadas.

- Al revisar los estudios sociales iniciales de la muestra se encontro que algunos fueron aplicados desde 1988, 1989, y principios de 1990, de los cuales una minima parte han sido reclasificados y/o actualizados, por lo que también se observaron cambios en los resultados obtenidos.

- En cuanto a las preguntas planteadas en el cuestionario piloto, y no fueron expuestas en los resultados, tenían como finalidad dar los elementos necesarios para considerar o revalorar el estudio social inicial, encontrando que, es necesario profundizar en el aspecto social, para conocer realmente la situación social economica en que se desenvuelven las ingresantes al instituto, y de esta manera conocer sus necesidades más mediatas.

- La manipulación y distorsión de la información que proporcionan los usuarios en el estudio social inicial, tiene como objeto pagar menos por un servicio, esto se pudo constatar en el transcurso de la investigación, requiriendo de un manejo especial, en este caso le compete al trabajador social dar alternativas de solución tanto a la institución como a la población a este respecto. Que se hará a partir de la puesta en marcha del proyecto elaborado por las investigadoras, con el propósito de " motivar y sensibilizar a los usuarios en base a la veracidad y confiabilidad de los datos que proporcionen en el estudio social inicial a la trabajadora social", obteniendo resultados a mediano plazo. En donde el trabajador social tiene la tarea de promover y difundir este proyecto, para que sea del

conocimiento de la población que asiste al Instituto Nacional de
Geriatria sobre la finalidad e importancia de este trabajo,
y dar paso a que esta investigación se continde para que sean
más completos y precisos los datos y determinar con mayor
exactitud las necesidades de los usuarios.

SUGERENCIAS.

- Que el estudio social inicial, se enfoque mas al aspecto social del usuario, para determinar su situación socioeconómica real, y que éste, no sea un requisito o trámite mas de ingreso.
- Hacer que las entrevistas para aplicar los estudios sociales, sean más directas y tener mayor contacto con el usuario, a fin de que estos no alteren su situación socioeconómica.
- Es necesario verificar la información que proporciona el ingresante en el estudio social inicial, a través de visitas domiciliarias y realizar un seguimiento real de casos.
- Es necesario que se continúe la investigación a largo plazo, para que sean más completos y precisos los resultados.
- Para que haya una mejor funcionalidad del proyecto se requiere incrementar el personal de trabajo social, en el servicio de consulta externa.
- Es necesario la unificación de criterios en cuanto a la aplicación del estudio social inicial, del personal de trabajo social. Y que se les brinde capacitación y se actualice periódicamente, para obtener un mayor rendimiento y profesionalismo.
- Es necesaria la promoción y difusión del proyecto y demás programas o pláticas vigentes y de los servicios que presta o proporciona el instituto, para que sean del conocimiento de la población en general.
- Es de importancia el desarrollo del proyecto dentro del

Instituto Nacional de perinatología, para motivar y sensibilizar a las ingresantes y sus familias, de que la información que proporcionen a la trabajadora social, sobre su situación socioeconómica sea real, fidedigna y confiable y lograr con ello, un compromiso formal con el instituto y un cambio de actitud a este respecto.

- Evaluar periódicamente o modificar según sea el caso, el proyecto a fin de actualizarlo, para obtener de él su mejor funcionamiento dentro del instituto.

-Debido a que los problemas sociales no se dan por sí solos sino que conllevan a una serie de problemas económicos, políticos y sociales, es necesario que las trabajadoras sociales se capaciten y actualicen constantemente, para que de esta manera se mantenga una comunicación directa y se conozca la problemática real de los usuarios así como sus necesidades más mediatas.

BIBLIOGRAFIA.

ANDER-EGG, Ezequiel.

"Diccionario de Trabajo Social",

Editorial El Ateneo, S.A.,

Barcelona España, 1982.

ANDER-EGG, Ezequiel.

"Metodología de Trabajo Social",

Aa.ed., Edit. El Ateneo, 1986.

ANDER-EGG, Ezequiel.

"Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad",

Edit. El Ateneo, S.A.,

Barcelona España, 1982.

ANDUEZA, María,

"Dinámica de Grupos en Educación",

Edit. Anies, Mexico, 1978.

BOUDON, Raymond,

"Metodología de las Ciencias Sociales",

Edit. LAIA, Barcelona España, 1974.

CALLES, L.N.M.,

"La Salud Pública en México",

Edit. Secretaría de Salud, Mexico, 1979.

CARTWRIGHT, Dorwin,

"Dinámica de Grupos; Investigación y Teoría",

Edit. Trillas, México, 1970.

CASTELAZO M., Enrique,

Memorias Instituto Nacional de Perinatología,
Recopilación Educativa, 1983-1988; México, 1988.

Centro de Estudios Económicos y Demográficos,

"Dinámica de la Población en México",

Edit. Colegio de México; México, 1970.

CONAPO, Comisión Nacional sobre Población,

"Reunión Nacional sobre mortalidad y políticas de salud",
Merida Yucatán, México, 16-Marzo-1984.

CONTRERAS de WILHELM, Yolanda,

"Trabajo Social de Grupos",

Edit. Pax-México; México, 1979.

HERNAN, San Martín,

"Salud y Enfermedad",

Edit. La Prensa Médica Mexicana; México, 1975.

GARCIA MANZANEDO, Héctor,

"Bases esenciales de la Salud Pública",

Edit. La Prensa Médica Mexicana; México, 1989.

GOMEZ JARA, Francisco,

"Técnicas de Desarrollo comunitario",

Edit. Fontamara, México, 1986.

GOMEZ JARA, Francisco,

"Trabajo Social y Crisis",

Edit. Nueva Sociología, México, 1986.

GONZALEZ, Eleuterio,

"Diagnostico de la Salud en México",

Edit. trillas, México, 1978.

GONZALEZ NUNEZ,

"Dinámica de Grupos, Tacticas y Tecnicas",

Edit. Concepto S.A., México, 1979.

HANCHETT, Effie S.,

"Salud de la Comunidad",

Edit. Limusa, 1a. ed., México, 1981.

HILL, William,

"Grupos de Aprendizaje, Guía para Coordinadores",

Edit. Tiempo Contemporáneo; Buenos Aires, 1974.

J. GOODE, William,

"Metodos de Investigacion Social",

Edit. Humanitas; Buenos Aires, 1981.

KISNERMAN, Natalio,

"Salud Pública y Trabajo Social",

Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1981.

KUMATE, Jesús,

"La Salud de los Mexicanos y la Medicina en Mexico",

Edit. Colegio Nacional, Mexico, 1977.

LERERO, Luis.

"La familia",

Edit. Anues, Mexico, 1976.

LOPEZ ACURA, Daniel.

"La Salud Desigual en Mexico",

Edit. Siglo XXI, Mexico, 1980.

LOPEZ TAPIA, Bruna,

"La Investigación en el Trabajo Social Medico",

Cuaderno de trabajo social, ENTS-UNAM; Mexico, 1984.

MENDOZA RANGEL, María del Carmen.

"Una opción metodologica para los trabajadores sociales"

ENTS-UNAM; Mexico, 1986.

MILLER, Benjamin,

"Salud individual y Colectiva: el hombre y la sociedad",

Edit. Interamericana; Mexico, 1980.

NAVARRO, Vicente,

"Salud e Imperialismo",

Edit. Siglo XXI, Mexico, 1985.

PEREZ RUY,

"Salud - Enfermedad",

Edit. CECSA Continental. Mexico, 1984.

PONENCIA. Presentada en la 1a. Reunion Nacional de Escuelas de la Licenciatura de Trabajo Social. "Definición, Objetivos y Funciones de Trabajo Social". México, 1978.

COPLAMAR. Presidencia de la República.

"La salud en México: situación actual y perspectivas al año 2000: versión preliminar para discusión". México, 1982.

Programa Nacional de Salud 1983-1988,
Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Salud,
México, 1983.

Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud 1986,
Secretaría de Salud, México, 1986.

ROJAS SORIANO, Raúl,
"Capitalismo y Enfermedad",
Edit. Folios, México, 1984.

ROJAS SORIANO, Raúl,
"Gufa para Realizar Investigaciones Sociales",
Edit. Fondo de Cultura Económica; México, 1983.

SALINAS DE GORTARI, Carlos.
"Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994",
Edit. S.P.P., Poder Ejecutivo federal, México.

SALINAS DE GORTARI, Carlos.

"Informe de Gobierno 1989".

Edit. Diario Oficial de la Federación, México, 1989.

SANCHEZ ROSADO, Manuel.

"Elementos de Salud Pública".

Edit. Francisco Méndez C., México, 1983.

SHUTZENBERG ANCELIN, Anne.

"Diccionario de Técnicas de Grupo"

Edit. sociedad de educación ajenas, México, 1974.

Secretaría de Salubridad y Asistencia

"Cronología de Salud",

Edit. Secretaría de Salud, México, 1985.

Secretaría de Programación y Presupuesto.

"Antología de la Planeación en México 1917-1985; Programas Normativos"; Tomo 17. México, 1986.

SIGERIST, Henry,

"Hitos en la Historia de la Salud Pública".

Edit. Siglo XXI, México, 1987.

SOBERON, Guillermo,

"La salud en México: testimonios 1988; Fundamentos del cambio estructural",

Edit. F.C.E., S.S., INSP, México, 1988.

SOBERON, Guillermo,

"La Protección de la Salud en México; palabras, discursos y mensajes".

Edit. Porrúa, México, 1987.

SOLIS SAN VICENTE, Silvia,

"Los fundamentos de la planeación en México y los programas sociales 1982-1988",

Edit. ENTS-UNAM, México.

SOLIS SAN VICENTE, Silvia,

"Desarrollo económico y necesidades sociales",

Edit. ENTS-UNAM, México, 1987.

VAN GINNEKEN, Wouter,

"Los grupos socioeconómicos y la distribución del ingreso en México",

Edit. F.C.E., México, 1985.

VEGA FRANCO, Leopoldo,

"Bases esenciales de la salud pública",

Edit. Prensa médica mexicana, México, 1989.

WILLIAMS CICELY, Delphine,

"Salud Materno-Infantil",

Edit. El manual moderno; México, 1985.

REVISTAS Y DOCUMENTOS.

Manual de actividades del Departamento de Trabajo Social en el

Instituto Nacional de Perinatología, México, 1989.

Conceptualización de Trabajo Social, Gaceta Trabajo Social
organo informativo de la ENTS, Febrero 1989, época VI, ENTS-
UNAM, México, 1989.

Revista Instituto Nacional de Perinatología, "Perinatología y
Reproduccion", vol. 3, no. 3, Julio-Septiembre, México, 1989.

Revista. Incorporación del conocimiento de la metodología de la
investigación a la práctica de Trabajo Social. revista trabajo
social. Enero-Abril, México, 1982.

Revista. La vivienda, necesidad vital, sueño y angustia de las
mayorías, revista No. 21, Enero-Marzo 1985, Edit. ENTS-UNAM, México
1985.

ANEXO.

PROTOCOLO DEL CUESTIONARIO.

Para aplicar adecuadamente el cuestionario, formulado por las investigadoras, se planteo el protocolo del cuestionario, el cual aborda los criterios necesarios para su llenado.

El siguiente cuestionario tiene como finalidad, evaluar un estudio social inicial aplicado, a madres de lactantes menores en consulta externa pediátrica, en una institución de tercer nivel de atención, como lo es el Instituto Nacional de Perinatología, para conocer su utilidad con respecto a las necesidades sociales del usuario, así como de la propia institución y detectar la confiabilidad de los datos obtenidos.

Para ello, se elaboró el siguiente instructivo:

I) DATOS GENERALES: Se especificará nombre y apellidos completos, domicilio actual y si este es temporal o permanente, así como la anotación de la clasificación y registro que le ha sido asignado en el estudio social inicial aplicado en la primera entrevista.

a.- Motivo de consulta: se referirá a las causas por las cuales acude a consulta, el lactante menor.

II) ESTRUCTURA FAMILIAR: En este cuadro se tomarán en cuenta los aspectos más relevantes de cada una de las personas que integran el núcleo familiar. Los aspectos a considerar son:

a) Nombre y número de integrantes.- Serán anotados únicamente los miembros que viven con la madre entrevistada.

b) Procedencia.- Se registrará el estado o entidad federativa de nacimiento de cada uno de los integrantes.

c) Edad y sexo.- La edad se tomará en años y el sexo se identificará con una "M" si es masculino y una "F" si es femenino.

d) Considerar si la persona es: soltera, casada civil y/o religiosamente, divorciada, unión libre, separada, o viuda, y otro a especificar.

e) Parentesco.- Se incluirá la relación familiar que guarda la entrevistada con demás integrantes de la familia.

f) Escolaridad.- Se anotará el grado máximo de estudios de cada integrante de la familia, considerando la siguiente clasificación:

-Analfabeta,

-Alfabeto,

-Primaria completa,

-Primaria incompleta,

-Secundaria completa,

-Secundaria incompleta,

-Bachillerato completo,

-Bachillerato incompleto,

-Nivel técnico completo,

-Nivel técnico incompleto,

-Profesional completa,

-Profesional incompleta,

-Postgrado, y

-Se ignora.

g) Ocupación: Se refiere a la actividad concreta que realiza

cada miembro de la familia en su casa o fuera de ella, especificandolo:

- Hogar,
- Sin empleo,
- Subempleado,
- Obrero,
- Empleado,
- Profesionista,
- Empresario,
- Comerciante,
- Estudiante, y
- Otro (especificar).

h) Ingreso.- Se determinará de acuerdo al sueldo mínimo que aporta cada uno de los integrantes de la familia.

i) Tipo de familia.- Se referirá a los miembros que integran la familia considerando el tipo y clasificación conforme a los siguiente:

1) Familia moderna: "es aquella en la que los padres e hijos comparten roles económicos fuera del hogar.

2) Familia tradicional: En este tipo de familia, básicamente el padre es el proveedor económico y a la madre se le confieren tareas de crianza y cuidado de los hijos"(49).

Este tipo de familia se clasifica a su vez de la siguiente manera:

-Familia nuclear: " Es el grupo compuesto por adultos de ambos

(49) LENERO, Luis, "La familia", ANUIES, Mexico, 1976, p.85-103.

sexos, los cuales viven bajo el mismo techo y mantienen una relación sexualmente aceptada que incluye los hijos procreados o adoptados por dichos conyuges. Y se encuentra conformado básicamente por el padre, la madre y los hijos.

-Familia extensa: Se considera como una creación social, esta constituida por un grupo mas o menos amplio, en el que predominan las normas derivadas del parentesco consanguíneo, es decir, la relación padres e hijos, las que existen entre hermanos, parientes colaterales, todas las funciones del vínculo sanguíneo".

-Familia extensa compuesta: esta constituida por un grupo amplio en el que predominan las normas derivadas del parentesco por línea directa y/o de la relación amistosa, es decir, padres, hijos, cuñados, compadres, amigos.(50)

III) ANTECEDENTES DE LA VIVIENDA.

Tipo de vivienda.- Se referirá al tipo de vivienda que habitan los integrantes de la familia de acuerdo a los siguientes rubros:

- a) Vecindad,
- b) Cuarto redondo,
- c) Casa sola,
- d) Condominio, y
- e) Otros (especificar).

Tipo de tenencia.- a) propia: pertenazca a alguno de los miembros de la familia que la habitan.

(50) LEBERO, Luis, Loc. Cit.

- b) rentada: Se paga el derecho por habitarla.
- c) asignada: proporcionada por alguna institución.
- d) prestada: vivienda que no es propiedad de ninguno de los miembros y tampoco es rentada.
- e) cedida: cuando la vivienda es heredada en vida, es decir, que es regala por medio legal (testamento)
- f) otros: especificar otro tipo de tenencia.

Ubicación.- Lugar en donde se encuentra la vivienda.

- a) Urbana: Contempla el área metropolitana.
- b) Suburbana: Contempla orillas del área metropolitana.
- c) Rural: Contempla la vivienda asentada en el campo, fuera de la ciudad.

Servicios Públicos: son los servicios con que cuenta la casa habitación: Luz, agua, pavimentación, teléfono, drenaje, etcétera.

- a) Todos,
- b) sólo cuatro,
- c) solo tres,
- d) sólo dos,
- e) sólo uno, y
- f) ninguno.

Material de construcción: Con el cual está construida la vivienda.

- a) Mampostería,
- b) madera,
- c) lámina,

- d) cartón,
- e) concreto, y
- f) Otro (especificar).

Distribución de la vivienda: Son los espacios de la vivienda cerrados o separados por paredes fijas de cualquier material y que se usan para alojar personas.

- a) Numero de habitantes: Numero de personas que viven en la misma vivienda.
- b) Número de dormitorios: Número de cuartos que se destinan para dormir.
- c) Numero de personas por dormitorio: Número de personas que comparten un cuarto para dormir.

IV. ANTECEDENTES ECONOMICOS.

Se referirá al aspecto económico que envuelve y afecta a la familia.

- a) Ingreso por día: Se refiere a la cantidad monetaria que aporta diariamente el integrante de la familia que trabaje.
- b) Distribución mensual del egreso en cuanto:
 - 1) Alimentación,
 - 2) vivienda,
 - 3) vestido, y
 - 4) otro (especificar).
- c) Gastos adicionales: se referirá a los gastos no previstos que ocasiona el niño.

V TIPO DE ALIMENTACION.

Se referirá al régimen alimentación que tiene la familia y

la frecuencia con que consume:

- 1) Leche,
- 2) huevos,
- 3) carne,
- 4) verduras,
- 5) frutas,
- 6) granos,
- 7) tortillas,
- 8) pan, y
- 9) otro (especificar).

VI. CUIDADOS DEL MENOR.

Se tratara del cuidado y atención que se le proporciona al menor. (siempre y cuando la madre conteste las preguntas 2 y 3 correspondientes a los rubros b,c,d, afirmativamente se calificara de acuerdo a las siguientes definiciones.

- a) Bueno: que cubra las necesidades basicas del menor, en cuanto a alimentación, vestido, cuidado y atención.
- b) Regular: cuando se cubran por lo menos la alimentación y el cuidado del menor.
- c) Mala: que las necesidades basicas del niño no sean cubiertas en su totalidad y calidad.

Esta pregunta respondera al tipo de beneficio que espera la madre del instituto.

OBSERVACIONES.

Se incluirá la detección de las causas por las cuales las

madres entrevistadas distorsionan la información clasificándola de la siguiente manera:

- a) Con el fin de pagar menos por el servicio.
- b) Miedo a ser rechazada por no tener bajos recursos económicos.
- c) Otras razones (especificar).

También se incluirán todas las observaciones importantes que considere el entrevistador y que afecten en determinado momento tanto al usuario como al instituto.

1. TIPO DE ALIMENTACIÓN.

FRECUENCIA.

- 1) LECHE
- 2) HUEVO
- 3) CARNE
- 4) VERDURAS
- 5) FRUTAS
- 6) GRANOS
- 7) TORTILLAS
- 8) PAN
- 9) OTROS.

11. CUIDADOS DEL LACTANTE MENOR.

- 1) ¿QUÉN SE HACE CARGO DEL MENOR?
- a) MADRE
 - b) FAMILIAR
 - c) GUARDERIA
 - d) OTROS.

* (SI EN LA PREGUNTA (1) CONTESTO EN b/c/d/, CONTESTAR LAS SIGUIENTES).

- 2) ¿CUAL ES EL MOTIVO?

- a) TRABAJA
- b) ESTUDIA
- c) NO TIENE TIEMPO
- d) TIENE MAS HIJOS
- e) OTROS.

- 3) ¿COMO PERCIBE LA MADRE LOS CUIDADOS QUE SE LE PROPORCIONAN AL PEQUEÑO EN CUANTO A CALIDAD Y ATENCIÓN?

- a) BUENO
- b) REGULAR
- c) MALA.

- 4) ¿QUE ESPERA DEL INSTITUTO? _____

OBSERVACIONES.

* CAUSAS POR LAS CUALES DISTORCIONAN LA INFORMACIÓN LAS MADRES DE LACTANTES MENORES.

- a) CON FIN DE PAGAR MENOS COSTOS POR EL SERVICIO
- b) MIEDO A SER RECHAZADO (POR NO TENER BAJOS RECURSOS ECONOMICOS)
- c) OTRAS RAZONES.

ENTREVISTADOR _____

No. DE CUESTIONARIO _____

FECHA DE ESTUDIO _____

CRITERIOS DE LLENADO PARA EL ESTUDIO SOCIAL INICIAL.

El departamento de trabajo social cuenta con un manual de procedimientos de trabajo, en donde se encuentran estipulados valores de criterios, necesarios para asignar una clasificación socioeconómica al usuario, siendo el estudio social inicial el instrumento que tiene como finalidad cumplir con este objetivo.

A cada valor de criterio le ha sido asignado un puntaje, que sumados los items que contiene el estudio social, en su totalidad, permiten dar al usuario su rango de clasificación, es decir, su cuota a pagar por servicio. Para ello, se toma en cuenta:

TABLA NUM.1 INGRESO MENSUAL.

Se mide a través del número de veces que percibe el usuario el salario mínimo estando vigente desde el 4 de Diciembre de 1989, hasta el momento de realizar esta investigación.

0 - 1	\$ 302,400.00
+1 a 2	604,800.00
+2 a 3	907,200.00
+3 a 4	1'209,600.00
+4 a 5	1'512,000.00
+5 a 6	1'814,400.00
+6 a 7	2'116,800.00
+7 a 8	2'419,200.00
+8 a 9	2'721,600.00
+9 a 10	\$3,024,000.00

RANGOS DE CLASIFICACION.

A	0 - 18 puntos
B	19 - 34
C	35 - 48
D	49 - 62
E	63 - 70
F	71 - 76
G	77 - 80
H	81 - 84
I	85 - 86
J	87 - +

TABLA NUM. 2 INGRESO PER CAPITA.

Esta tabla de valores de criterio permite obtener un puntaje, tomando en cuenta el numero de veces el salario minimo que percibe el usuario en relacion a el numero de miembros que conforman su familia. Este puntaje parte de cero hasta 60.

NUM.VECES EL SALARIO SALARIO MINIMO.	NUM. DE MIEMBROS					
	1	2-3	4-5	6-7	8-9	10
0 A 1	0	0	0	0	0	0
+1 A 2	10	10	5	5	5	5
+2 A 3	25	20	15	10	5	5
+3 A 4	30	25	20	15	10	10
+4 A 5	40	35	30	25	20	15
+5 A 6	50	45	40	30	25	20
+6	60	55	50	45	40	35

TABLA NUM.3 TIPO DE OCUPACION Y ESTABILIDAD.

Esta integrada por el tipo de ocupación que desempeña la pareja, con la estabilidad en el empleo; es decir, el tiempo en que ha laborado o ha conservado su empleo, y que corresponde al número de meses por año, considerando el puntaje de 0 a 45 puntos.

TIPO DE OCUPACION	NUMERO DE MESES POR AÑO					
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12
SIN EMPLEO	0	0	0	0	0	0
SUBEMPLEADO	0	0	0	0	0	0
OBREIRO	3	3	5	5	10	15
EMPLEADO	5	5	10	10	15	20
COMERCIANTE	10	10	15	20	25	30
NIVEL MEDIO	10	10	20	25	30	35
EJECUTIVO O EMPRESARIO	20	25	30	35	40	45

ITEM. NUM.1. VIVIENDA.

Dentro de este ítem, se considera el tipo de propiedad, ya sea propia, rentada, prestada, u otra, obteniéndose puntos de 0 a 3 según su tipo.

TIPO DE PROPIEDAD	CRITERIOS.
PROPIA	3
RENTADA	2
PRESTADA	1
OTRO (CEDIDA O ASIGNADA) O	0

ITEM NUM. 2 ZONA DE UBICACION.

Esta conformada por tres rubros, con valores de 0 a 2, los cuales son: urbana, suburbana, y rural.

UBICACION.	CRITERIOS.
URBANA	2
SUBURBANA	1
RURAL	0

ITEM NUM. 3 SERVICIOS PUBLICOS.

Se establece de acuerdo a :

Si se tiene más de tres servicios le corresponden 3 puntos.

Si se tiene sólo dos servicios le corresponden 2 puntos.

Si se tiene solo un servicio le corresponde 1 punto.

Si no tiene ningún servicio le corresponde 0 puntos.

SERVICIOS PUBLICOS	CRITERIOS.
--------------------	------------

AGUA, LUZ, TEL, O MAS	3
SOLO DOS	2
SOLO UNO	1
NINGUNO	0

ITEM NUM. 4. MATERIAL DE CONSTRUCCION.

En cuanto a material de construcción se establecen tres rubros de acuerdo al material utilizado para construir su vivienda.

MATERIAL DE CONSTRUCCION.	CRITERIOS.
---------------------------	------------

MAMPOSTERIA	2
-------------	---

MADERA, LAMINA, CARTON	1
OTRO	0

ITEM NUM. 5 DORMITORIO POR VIVIENDA.

Se considera el numero de cuartos que tiene la vivienda y que son utilizados unicamente para dormir, con el siguiente puntaje:

DORMITORIO P/VIVIENDA.	CRITERIOS.
+ DE 3 CUARTOS	2
DE 2 CUARTOS	1
DE 1 CUARTO	0

ITEM NUM. 6 NUM. DE PERSONAS POR DORMITORIO.

Se toma en cuenta el numero de miembros de la familia, que duermen en el cuarto destinado a dicho fin, con el siguiente puntaje:

NUM/PERS/DORMITORIO.	CRITERIO
EN UN CUARTO TRES PERSONAS	0 PUNTOS
EN DOS CUARTOS TRES PERSONAS	2 PUNTOS
EN UN CUARTO DUERMEN CINCO PERSONAS	4 PUNTOS

ITEM NUM. 7 ALIMENTACION.

En este rubro se considera la alimentación completa, y la basada en carbohidratos obteniendo la misma puntuación.

ALIMENTACION	CRITERIOS
SIETE DIAS A LA SEMANA	7 PUNTOS.
CINCO DIAS A LA SEMANA	5 PUNTOS.

TRES DIAS A LA SEMANA 3 PUNTOS.

ITEM NUM. 9. PROCEDENCIA.

La procedencia se deriva de el lugar de nacimiento del usuario, dividiendose en cuatro zonas principalmente:

Se anotara el valor correspondiente a la zona economica salarial de donde proceda el paciente.

PROCEDENCIA CRITERIOS.

ZONA A	1 PUNTO
ZONA B	2 PUNTOS
ZONA C	3 PUNTOS
ZONA D	4 PUNTOS

A continuacion se especifican los estados de la Republica Mexicana, que conforman dichas zonas:

ZONA A: Campeche, Coahuila oeste, Chiapas(excepto Tapachula), Durango (excepto Camargo), Guanajuato (excepto centro), Michoacán Bajío, Guerrero (excepto Acapulco, Chilpancingo, y Losta Grande), Hidalgo, Jalisco Bolaños los Altos, Estado de México norte, Oaxaca, Querétaro (excepto centro), San Luis Potosí norte, Yucatan agricola forestal, Zacatecas.(sic)

ZONA B: Aguascalientes, Coahuila Saltillo, Coahuila norte, Comarca lagunera, Colima, Chiapas Tapachula, Chihuahua, Chihuahua, Chihuahua oeste, este y centro, Guanajuato centro, Guerrero Chilpancingo, Costa grande, Jalisco Puerto Vallarta, Jalisco Ocotlan, centro y costa, Estado de México

Toluca noroeste e Hidalgo sur sureste centro sur, Michoacan Lázaro Cardenas, Michoacan, Morelos, Nayarit, Nuevo Leon (excepto Monterrey), Puebla, Quintana roo, San Luis Potosi sur, Sinaloa, Sonora sierra, Tabasco, Tamaulipas centro, Ilaxcala, Veracruz puerto (excepto Poza Rica, Tuxpan, Minatitlan y Coatzacoalcos), Yucatán Mérida y Progreso. (sic)

ZONA C: Guadalajara area metropolitana, Monterrey area metropolitana, Sonora costa, Tamaulipas Tampico Madero Altamira Mante, Veracruz Poza Rica y Tuxpan. (sic)

ZONA D: Baja California Norte, Baja California Sur, Chihuahua Ciudad Juarez, Distrito Federal area metropolitana, Guerrero Acapulco, Sonora Nogales, Tamaulipas Norte, Veracruz Minatitlan y Coatzacoalcos. (sic)

ITEM NUM. 9 TIPO DE OCUPACION.

El tipo de ocupación se divide en grupos, de la siguiente manera:

- A) SIN EMPLEO: Estudiantes, amas de casa, desempleado,
- B) SUBEMPLEADO: vendedores ambulantes, trabajadores domesticos, ejidatarios (campesinos), Jornaleros, comuneros, trabajadores a domicilio, choferes a cuenta.
- C) OBRERO: obreros de la extraccion y la transformación de la manutención, artesanos no tradicionales, artesanos tradicionales, pescadores y recolectores, transportistas y choferes en empresa tengan o no seguridad social,
- D) EMPLEADOS: Burocrata no profesionista, artista de baja

calificación y música, técnicos e instructores no profesionistas, pensionados, policías, estudiantes becarios,

F) COMERCIANTE: comerciantes, vendedores establecidos y personal similar, pequeños arrendatarios, propietarios de tierra de cultivo, criadores de animales, pastizales, propagadores religiosos,

G) NIVEL MEDIO: personal administrativo profesional, técnicos profesionistas calificados si estan como empleados, deportistas profesionales, músicos y actores de alta calificación, fuerzas armadas,

H) EMPRESARIO: propietarios y directores de empresas, grandes agricultores, concesionarios.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATROLOGIA
 TRABAJO SOCIAL
 PROCEDIMIENTO MANUAL

HOJA 2 DE 2

EXPEDIENTE: _____/____/____

AGRESOS: MUJER: _____ PERS. QUE VIVEN EN HOGAR: _____
 COMP: _____ PERS. QUE DEP. ECONOMIC.: _____
 OTROS: _____

DADES DE HIJOS: _____ EDADES DE HIJAS: _____

* SIEMPRE DE MENOR A MAYOR

VIENDA:	VECINDAD	PROP.: PROFIA	SERVS. PUBLICOS.	AGUA/LUZ/TEL.
	EDIFICIO	RENTADA		SOLO DOS
	CASA SOLA	PRESTADA		SOLO UNO
	CUALQUIER OTRA	OTRO		NINGUNO

MAT. CONSTR: TANPOSTERIA DORMITORIOS: _____ UBICACION: URBANA
 MAD/LAR/CARTON SUSURANA
 OTROS PERS / DORM: _____ RURAL
 PUNTOS: _____

ETA: CARBOHIDRATOS DIAS/SEM _____ ALIM. COMPL.: 7 DIAS
 5 DIAS
 3 DIAS
 PUNTOS: _____

TRABAJOS SOCIALES _____

OBSERVACIONES: _____

** EN PL. EN INPR. SUELDO: _____ NO CRED.: _____

CLAVE DE TRAB. SOC. _____ TOT. PUNTOS: _____

ESTA INFORMACION ES FIDELIGUA Y ESTOY DE ACUERDO CON LA CLASIFICACION QUE ME
 CORRESPONDE, CUANDO ENTENDI (O) DE DONACION DE SANGRE, ASI COMO INFORMARME
 DE COSTOS EN EL LUGAR QUE SE ME INDICAN.

NOMBRE: _____ FISCAL: _____

** NOTA: AL CAPTURAR ESTA INFORMACION, HAGALO CON LA OPCION NORMAL DE CAPTURA.

PRECAUCION

EN LA PANTALLA DONDE PROPORCIONE LA FECHA DEL ESTUDIO EN FORMA MANUAL.
 AL FINAL EN LA PREGUNTA ES EXACTAMENTE NUEVO, RESPONDA NO Y SOLO DE EL NUMERO DE EX
 CAPTURE ESTE ESTUDIO ANTES DE TERMINAR EL MES.