



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS ARAGON**

9
2es

**PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL PARA
LA POBLACION MARGINADA URBANA
A TRAVES DE LA COORDINACION DE
PRESTACIONES SOCIALES DEL IMSS,
PERIODO 1989-1997.**

"MEMORIA DE DESEMPEÑO PROFESIONAL"

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P r e s e n t a:

RICARDO MARTINEZ RICO

Asesora: Mtra. Isabel Sosa Ventura



San Juan de Aragón Edo. de México, 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

268207



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

CONTENIDO

PAGINA

INTRODUCCION

1. LA INCIDENCIA DE LA POLITICA NEOLIBERAL Y PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL 4
2. LA PROBLEMATICA DE LA MARGINALIDAD EN AMERICA LATINA Y EN MEXICO 13
3. EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL SOCIOLOGO EN LA COORDINACION DE PRESTACIONES SOCIALES DEL IMSS 26
 - 3.1 Investigación a Grupos Urbanos Marginados: El Caso Específico de la Colonia El Triángulo de la Delegación Política Iztapalapa de la ciudad de México, D. F. (1989-1990) 31
 - 3.2 La Calidad de Vida en la Zona del Polígono "D" -Municipio de Acapulco, Estado de Guerrero (1991-1992) 56
 - 3.3 Estudio Exploratorio Sobre la Participación Comunitaria en Centros de Bienestar IMSS-SOLIDARIDAD (1993-1994) 71

CONCLUSIONES 82

BIBLIOGRAFIA 88

ANEXOS

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo, es analizar la experiencia y el desarrollo profesional en Sociología dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Institución descentralizada del Sector Público, a partir del análisis y la reflexión de tres proyectos de investigación realizados en la Coordinación de Prestaciones Sociales del Instituto, durante el período de 1989 - 1997 y en la cual se participa.

Los servicios de Prestaciones Sociales forman parte de la ayuda que el Instituto Mexicano del Seguro Social brinda a la población. Estos no se limitan sólo a los asegurados y sus beneficiarios, sino que se otorgan además a población abierta, promoviendo el bienestar del individuo y del grupo social en su adaptación al medio y propiciando la armonía y la participación de la comunidad, a través de programas de bienestar familiar, capacitación técnica, actividades artístico-culturales, educación para la salud y actividades deportivas. Se necesita de estudios y diagnósticos de tipo socioeconómicos que se efectúan en los lugares en donde operan los programas de Prestaciones Sociales (31 estados del país).

Estos estudios tienen el propósito de obtener conocimientos acerca del comportamiento humano, de la realidad sociocultural y económica de la población; además nos permite correlacionar aspectos de salud y bienestar con los económicos, sociales, culturales, y ambientales, entre otros.

Cabe mencionar, que para llegar a esta etapa de diagnóstico, se aplica una guía para detectar el grado de marginación, entendida como el estado social, cultural, económico y político desde donde la participación de la población está limitada en la

autogestión y la obtención de beneficios sociales que puedan mejorar su nivel y calidad de vida, aún cuando participan en la generación de riqueza de una nación (1). Una vez seleccionada la comunidad se realiza una investigación social que tiene como instrumento básico una cédula familiar que se aplica a un sector representativo de la comunidad. Los resultados se concentran y analizan a nivel local, (de ser posible con apoyo de entrevistas con informantes de calidad y estudios de casos), para determinar la naturaleza y extensión de los problemas o condiciones de salud que el programa intenta aliviar o mejorar, es decir, que al identificar las condiciones de salud de una comunidad, se está realizando una evaluación de tipo diagnóstico, ya que, sin una información básica definida, no es posible formular objetivos y metas para la instrumentación de un programa.

Este análisis intenta ser de carácter participativo por parte de la comunidad, que propicie el conocimiento de su propia problemática que favorezca el interés individual y colectivo por participar activamente en el mejoramiento del autocuidado de su salud.

Para lograr tal propósito, la Coordinación de Prestaciones Sociales utiliza la estrategia de la investigación participativa, ya que integra dos elementos: la investigación y la acción concreta como modificación intencional de la realidad. De ahí que la investigación participativa se considera el método más viable para la producción conjunta de conocimiento, que han de guiar la práctica hacia la

(1) Diseño de Investigación Social a Grupos Urbanos Marginados
IMSS Subdirección General de Prestaciones Sociales
México, D. F. 1990. pág. 63

transformación social, propiciando servicios y atención a la población a través de programas sociales.

Es importante recordar que la adopción de las estrategias de operación de estos programas, tienen que ver con factores de decisión política, administrativa y presupuestaria de la Institución.

En la presente Memoria, expresaré en forma breve y sencilla las experiencias de mi primera actividad profesional, que sin duda dejaron enseñanzas positivas en mi formación, para lo cual está integrada por tres capítulos: El primero, llamado La Incidencia de la Política Neoliberal y Perspectivas de la Seguridad Social, en el que se describe y analiza los cambios y las repercusiones que en materia de Bienestar Social y Seguridad Social, han provocado la aplicación del Modelo Económico Neoliberal en México; en el segundo capítulo denominado La Problemática de la Marginalidad en América Latina y México, pretende explicar como se caracteriza el fenómeno de la marginalidad urbana, así también señalar que acciones está realizando el IMSS a través de Prestaciones Sociales, para atender esta problemática. El tercer título, narra El desempeño de mi actividad profesional de Sociología, en la Coordinación de Prestaciones Sociales del IMSS, durante ocho años.

Por último, en el cuarto apartado se presentan una serie de reflexiones personales, con el propósito de que sirvan de retroalimentación en la mejor formación de futuros profesionales en Sociología, así como, rescatar la responsabilidad del estudiante universitario en el desarrollo de un espíritu de servicio social, dirigido al bienestar de la comunidad.

1. LA INCIDENCIA DE LA POLITICA NEOLIBERAL Y PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los cambios macroeconómicos, desregulación amplia de la economía, desmantelamiento del Sector Público, autonomía del Sector Financiero respecto a la producción y el comercio, entre otros, iniciados en el país a lo largo de los últimos Gobiernos (Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari), han provocado que la economía del país haya sufrido cambios importantes y que la política de la Seguridad Social que hasta entonces se aplicó, sufriera transformaciones profundas y en particular las efectuadas a los regímenes de pensiones encaminadas a la preservación de los equilibrios macroeconómicos, al saneamiento fiscal y financiero y a consolidar las nuevas funciones del Estado.

En el caso de México, estas reformas se han iniciado con las efectuadas a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuya vigencia, después de posponerse por seis meses, *inició el 1o. de julio de 1997*. Los aspectos principales que la reforma establece se refiere a las modificaciones efectuadas en las aportaciones y en el manejo de los recursos provenientes de las cuotas aportadas para pensiones los que serán manejadas por entidades privadas a partir de aportaciones fijas, cuyos resultados dependerán de la rentabilidad obtenida.

La administración de estos recursos, su canalización y uso pasan a depender del funcionamiento de las bondades y desaciertos del mercado y de la actividad del

sistema financiero. “Para ello sus repercusiones no solamente se circunscribirán al ámbito de la Seguridad Social, sino que también impactará el perfil de las finanzas públicas, del ahorro interno que se obtenga mediante este ahorro forzoso y del grado de transnacionalización del sistema financiero mexicano. (2)

Por consecuencia, la consecución del Bienestar Social a la población cambio o se transformó para no ser responsabilidad directa del Estado y que indudablemente el IMSS también sea afectado en su operación diaria.

Dentro de los principios de política económica y seguridad social, Peter Ward apunta que: “Dado el errático y desigual desarrollo de México en años recientes, la capacidad de diferentes Gobiernos para desarrollar el “Bienestar Social” a menudo ha entrado en conflicto con otras prioridades de desarrollo. La prestación de servicios de bienestar social es cuestión tan importante como lo fue hace 20 años. En realidad puede decirse que su necesidad es mayor que nunca, dada la crisis económica, el declinar de las oportunidades de conseguir empleo seguro y pagado, el deterioro de los salarios reales y los crecientes costos de los artículos básicos”. (3)

Sin embargo, lo que vemos ahora es el constante deterioro de los servicios de Prestaciones Sociales. Derivado de la crisis económica de los años ochenta, el papel del Estado ha ido cediendo terreno a las nuevas formas intervencionistas que exige el Modelo Neoliberal, establecido en los últimos años;

(2) López Ramírez P. Berenice

Perspectivas en el Rumbo Económico. La Privatización de los Fondos de Pensiones.
Ponencia presentada en el Diplomado de Seguridad Social IMSS. Noviembre de 1992

(3) Ward Peter. Políticas de Bienestar Social en México. 1970-1989
Ed. Nueva Imagen p. 63 1989

el “adelgazamiento” del Estado repercute severamente en las actividades de la Seguridad Social en el sentido que su práctica se orienta ahora en regular las actividades productivas, teniendo cuidado de una nueva relación y vinculación con las clases y la sociedad en su conjunto, a fin de no cuestionar la legitimidad del Estado que lo lleven a imponer la coerción mediante el uso de la fuerza y se apliquen las políticas económicas neoliberales que favorecen mas que nada al capital nacional e internacional. Es decir, se busca dar una imagen democratizadora de este proceso en el que los diversos sectores sociales (sobre todos los trabajadores asalariados) deben contribuir de cualquier manera a dicho proyecto “Modernizante”. Como ejemplo de ello, se mencionan las suscripciones de los llamados “pactos económicos” en las administraciones de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari.

Así, en este marco, la Seguridad Social Mexicana ha ido sometiéndose a cambios drásticos (financieros, de aplicación, de cobertura...), toda vez que para el Estado Neoliberal ésta no es una obligación del Gobierno y así éste debe de sujetarse al comportamiento de la oferta y la demanda del mercado.

El modelo se sujeta en el papel principal que le confieren las fuerzas del mercado y la decisión individual de las personas como motores económicos de la sociedad, así como la ideología neoliberal determinada a los países que adaptaron esta alternativa económica que presenta medidas tendientes a restaurar la vida económica, política y social; teniendo por consiguiente los siguientes postulados:

- a) Reducción del gasto público.
- b) Eliminación del déficit presupuestal y desaparecer en la medida de lo posible todo tipo de subsidios sobre todo del área social.

- c) Decremento el tamaño del Estado
- d) Para los empresarios y banqueros, industriales y comerciales, brindarles las facilidades financieras, laborales e instalaciones para las óptimas actividades productivas de estos grupos económicos.
- e) Al Estado se le obliga a aplicar la política de eliminación de controles de precios, disminución o eliminación de los gravámenes al capital, y sobre todo que los salarios se fijan en función de las leyes de la oferta, la demanda y el mercado.
- f) La política cambiaria debe de ser altamente flexible para que los capitales entren y salgan del país sin ninguna injerencia del Estado.
- g) La especulación en la Bolsa de Valores debe operar sin restricción alguna, buscando siempre la máxima utilidad de ganancias para los inversionistas.
- h) El índice de la inflación debe ser un rubro económico que tiene que determinarse vía oferta. (4)

De los postulados anteriores, el Neoliberalismo pretende, por un lado, crear un nuevo orden mundial económicamente hablando, donde el papel interventor del Estado benefactor/productor en la sociedad se reduce considerablemente, y por otro lado, se pretende crear un desarrollo orientado hacia el exterior (vía exportaciones), en lugar de configurar las bases de una economía de sustitución de importaciones.

La transformación neoliberal de la economía en el sexenio pasado, se denominó Estrategia del Cambio Estructural; actualmente se le designa con el nombre de Modernización Económica, la cual presenta dos fases: la primera de transición del

(4) **Ortiz Wadgymar, Arturo. Política Económica de México. 1982-1994, Dos Sexenios Neoliberales México. Ed. Nuestro Tiempo. p. 19-20**

Modelo Económico Keynesiano-Cepalino de la Revolución Mexicana al Modelo neoliberal, que abarca del período de 1982 a 1987 y una etapa de pleno despliegue del Modelo Neoliberal que inicia a través del Pacto de Solidaridad Económica (PSE), decretado en 1987.

En la primera fase del Modelo Neoliberal se inicia con programas de ajuste con el fin de generar excedentes para servir a la Deuda Externa, consistente en la reducción del gasto público programable “que conllevó el adelgazamiento del Estado en funciones promotoras del desarrollo económico y social, mediante la reducción o supresión de programas de fomento, sectorial, de infraestructura y desarrollo social”. (5)

Como consecuencia del ajuste, durante el período (1983-1988), el país estuvo sujeto a una serie de ajustes económicos sin precedentes y con un costo social muy alto, se caracteriza por una dramática caída de los niveles de bienestar de la población, es decir, disminución de (42%) del salario mínimo real y descenso de la inversión pública en rubros como vivienda (25%) y salud (22%). Por consiguiente las instituciones de Seguridad Social resintieron gravemente en lo financiero los efectos de la crisis, al sufrir un deterioro de gran magnitud al soportar las consecuencias de la política contraccionista en el gasto público.

En México, se destina a la Seguridad Social apenas un 3% del producto interno bruto (PIB). Es una proporción más baja que en la mayor parte de los países desarrollados; asimismo, según datos oficiales de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público se puede mencionar que en 1997 el gasto del Gobierno Federal para desarrollo social

(5) *Ibidem*, págs. 19-20

disminuyó “el 49.4 por ciento, en tanto los recursos destinados a la superación de la pobreza serán, en términos reales, el 4.6 por ciento menores a los de 1996”. (6)

En otras palabras, se diría que la precaria situación del país y el cambio en las políticas ha deteriorado, en poco más de una década la calidad de vida de la población y han aumentado sus necesidades de salud. Sistemáticamente, los servicios han recibido un menor financiamiento y apoyo, en medio de esto se inserta “La Nueva Ley del Seguro Social y La Ley de Coordinación del Sistema de Ahorro para el Retiro, aprobadas en diciembre de 1995 y abril de 1996 respectivamente.

Dando un viraje profundo en la política social mexicana respecto a la Seguridad Social, al sustituir la concepción constitucional de la Seguridad Social integral, pública, solidaria y redistributiva. “Por una fuerte orientación mercantil con seguros sociales desarticulados e individualizados”. (7)

Por otra parte, en el Plan Nacional de Desarrollo se reconoce que México presenta un desarrollo socioeconómico desigual, tanto regional como social, situación que se identifica estudiando los indicadores de marginación y desarrollo social que afectan una parte importante de la población: En el país hay 40 millones de mexicanos pobres y 17 millones más subsisten en condiciones de pobreza extrema. En el rubro del empleo el 17% de la población económicamente activa (PEA), se encuentra en condiciones críticas, es decir, trabajan por razones de mercado menos de 35 horas, o ganan menos de un salario

(6) **La Deuda Social.** Periódico **La Jornada.** 27/11/97 pág. 2

(7) **Laurell Asa Cristina.** **La Reforma del IMSS: Pieza Clave del Proyecto Neoliberal.** Revista **El Cotidiano** No. 78. Sept. 1996. p. 12.

mínimo o trabajan más de 48 horas y ganan menos de dos salarios mínimos. (8)

Esta precariedad en el ingreso se acompaña también de precariedad laboral. El crecimiento del sector informal y las irregularidades ejercidas en las contrataciones, dan por resultado que el 50% de la población ocupada urbana no tenga ninguna prestación laboral o de Seguridad Social.

En este contexto, la Seguridad Social Mexicana "...ha sido el instrumento de la política social que con mayor ventaja ha enfrentado la problemática que significa administrar un régimen de protección social para la población, con independencia del lugar que ocupa en los niveles de ingreso y la rama de empleo" (9). Por tanto, la Seguridad Social Integral, en sus cuatro vertientes -"...Derecho humano a la salud, asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales, para el bienestar individual y colectivo y la Solidaridad Social" ha coadyuvado a mitigar las fricciones sociales y a mediatizar las presiones políticas en este país.

Como muestra de lo anterior, en mayo de 1991 el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del área de Prestaciones Sociales, instrumentó el programa para la Atención Integral a la Salud de grupos urbanos marginados. La estrategia propuesta para ejecutar el programa se basó en el establecimiento de inmuebles para otorgar

(8) INEGI "Cuadernos de la Información Oportuna". México, No. 297, Julio 1997 pp. 75-80.

(9) Gastón Martínez Matiella, "Seguro Social, Seguridad Social y Solidaridad Social: Un punto de vista Conceptual". Memoria, II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social. p. 194

servicios de Prestaciones Sociales, denominados Centros de Bienestar IMSS-Solidaridad donde el sustento básico en el que descansa su instalación y funcionamiento, es la participación mutua entre el Gobierno, el Instituto Mexicano del Seguro Social y las comunidades, es decir, que el Gobierno Federal participa en el financiamiento de la operación, conservación, construcción y equipamiento de los Centros, con una aportación del 50% y el Estatal aporta la parte complementaria. En otros casos el Gobierno Federal aporta el 75% y el Estatal el 25%. La comunidad aporta en la medida de lo posible la mano de obra, el Municipio otorga el terreno y el personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo opera y administra.

Este programa está dirigido a la población que habita en ciudades grandes y medianas con carácter de no contributivas y se enfoca a coadyuvar en la lucha contra los factores condicionantes que inciden y afectan la salud de los desprotegidos, tiene como premisa fundamental que los servicios se orienten al fomento de la salud y a la prevención de enfermedades, a través de estrategias de extensión de servicios integrados que procuren el desarrollo y el bienestar social de los marginados, su recreación física y la práctica del deporte, así como al fomento de actividades artísticas y culturales.

El programa piloto inició con la construcción de once centros, ubicados en siete entidades federativas. Una segunda etapa a realizar durante 1992 con la construcción de 32 unidades y 100 más para 1993. Finalmente, una última etapa para operar durante 1994, con 350 centros, que suman un total de 493 centros para todo el programa durante cuatro años. Sin embargo, en la actualidad se cuenta sólo con 87 centros en esta modalidad de servicios, además que en estos momentos se encuentran

en proceso de desconcentración, lo que los deja sin fuentes de financiamiento, es decir, se gestiona su cesión al IMSS por parte de municipios y comunidades.

Asimismo, en la actualidad el neoliberalismo se opone radicalmente a la igualdad en el acceso a los beneficios y a la universalidad de la cobertura y la gratitud de los servicios sociales, es decir, se tiene el recorte del gasto social con la eliminación de programas y la reducción de beneficios; la centralización del gasto, o sea, su canalización a los grupos indigentes; además, de la descentralización a nivel local.

Por lo anterior, significa por una parte, eliminar la intervención del Estado en la economía, como agente económico directo. Por la otra, deben reducirse las funciones del Estado relacionadas con el bienestar social (Laurell, 1997).

La reestructuración profunda y el parcial desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y seguridad social, se presentan como un objetivo, porque estas instituciones constituyen un obstáculo importante para la expansión del mercado privado y porque concentran una parte considerable de los recursos que la sociedad dedica a las pensiones y a los servicios de salud. Dentro de este contexto, resulta crucial la destrucción de tales instituciones de bienestar social, no sólo para liberar los fondos sociales y la producción de servicios al mercado, sino también porque constituyen una de las bases de la acción colectiva y solidaria de los trabajadores, ya que disminuyen la fuerza disgregadora de la competencia entre los individuos en el mercado de trabajo (Esping - Andersen, 1985).

2. LA PROBLEMATICA DE LA MARGINALIDAD EN AMERICA LATINA Y EN MEXICO

En América Latina debido a su peculiar desarrollo histórico se han creado en las ciudades verdaderos centros de poder económico, político y social; sin embargo, su desarrollo ha sido marcadamente desigual tanto al interior como al exterior, notándose una diferencia social muy aguda entre los diferentes grupos sociales que las conforman.

Dadas las propias características de las urbes que han generado grandes mosaicos culturales y sociales que conviven cotidianamente, pero que están permeados por el lugar que ocupan en la estructura social, que si bien, no determinan su dinámica, si influyen mucho en sus actuales condiciones de vida. En estas ciudades se ha observado que existe un grupo que, en relación con su ingreso, permanece muy limitado en su participación en el mercado de trabajo dominante y se encuentra también parcialmente aislado de los beneficios que en materia de servicios ofrece el Estado. A este grupo se le ubica tradicionalmente con el nombre de "marginados urbanos".

Geográficamente estos grupos se encuentran localizados al interior de las ciudades o en lugares conurbanos que se caracterizan por un bajo desarrollo social y económico. Estos lugares reciben diversas denominaciones en América Latina: barriadas en Venezuela, ciudades perdidas en México, callampas en Chile, favelas en Brasil, tugurios en Perú, villamisería en Argentina, etc. (10)

(10) Civita César. La Aventura del Continente. Metrópolis y Rancherías.
Ed. Abril Educativa y Cultural. Buenos Aires, Argentina 1974. p. 59

A pesar de estas distintas denominaciones estos grupos sociales adquieren caracterizaciones muy propias. Desde el punto de vista económico, podemos decir que tienen un bajo o inestable nivel de ingresos, baja calificación en el trabajo, marcado desequilibrio entre ingresos y satisfactores básicos. Desde el punto de vista social y de servicios, carecen de infraestructura y equipamiento básico urbano, malas condiciones de vivienda, en su mayoría son inmigrantes, limitada participación en la toma de decisiones, etc. (Esta caracterización no es exhaustiva sólo pretende dar una idea general de su perfil).

En el presente siglo uno de los problemas más acuciantes para todas las naciones han sido las elevadas tasas de crecimiento demográfico, que conjugado en el crecimiento de las grandes concentraciones urbanas, las hacen crecer en su complejidad. Según algunos datos de la ONU para 1980 la población urbana de la región era de 220 millones; para el año 2000 llegará a 420 millones (11), lo que significará que el 76% de la población de América Latina vivirá en áreas urbanas (12). Este crecimiento acelerado de las grandes urbes tendrá una serie de implicaciones con los actuales problemas que las aquejan, y sin duda, generará algunos nuevos; pero lo que es cierto, con este crecimiento también aumentará el número de personas carentes de servicios elementales. Los marginados, a pesar de los esfuerzos realizados por diversas instituciones de Seguridad Social de América Latina. En México, como en otros países las instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, etc.), son el instrumento por el cual se hace llegar a la población "beneficios" para garantizar la

(11) **Análisis de Población. ONU.**

(12) **Statistical Year Book. ONU Nueva York, 1984.**

atención en diferentes necesidades de tipo social, económico y médico para que el individuo pueda realizarse en las mejores condiciones dentro de la familia, su trabajo y su entorno social. Actualmente, en América Latina la mayoría de los países tienen contemplados cuando menos los tres seguros básicos: Atención a la Salud, Jubilaciones y Pensiones, así como Asistencia Social a Familiares. Por consiguiente, dentro de las políticas de cada Gobierno se contempla todo aquello relativo al bienestar, en donde la Seguridad Social entendida como política pública “promueve el bienestar de la comunidad, depende de la producción y de la renta nacional, que distribuida con equidad, permite mejorar las condiciones de vida, aumentar las oportunidades de empleo y garantizar la obtención de mayores ingresos, bienes y servicios”. (13). Los resultados no son muy alentadores como lo demuestran los datos de la OMS que nos dice, que para el fin de siglo, existirán 280 millones de personas sin acceso a los servicios, lo que significa un crecimiento de este grupo de 150 millones en diez años.

Ante esta situación, las diferentes instituciones de Seguridad Social de América Latina están conscientes de la necesidad de crear un frente común para atender esta problemática, mediante el encauzamiento de programas de protección de la salud, fomento a la educación, prestación de bienes y servicios, establecer programas paralelos de desarrollo económico y propiciar el “equilibrio de las relaciones entre capital y el trabajo”. (14), que tiene pocas variaciones y más lugares comunes en las diferentes ciudades de la región.

Así en 1983, se efectuó la XXI Asamblea General de la Asociación Internacional

(13) Cárdenas de la Peña Enrique. *Servicios Médicos del IMSS Doctrina e Historia*. p. 45, IMSS. 1973

(14) *Ibidem*

de la Seguridad Social (AISS), realizada en Ginebra, Suiza, Ricardo García Sáinz el entonces Director General del IMSS expuso las experiencias de los servicios sociales a la población rural no asegurada incluida dentro del antepuesto Programa IMSS-Coplamar.

El interés mostrado en esa reunión por la experiencia mexicana promovió una Mesa Redonda en Oaxtepec, Mor. en 1984, a la que asistieron delegaciones de Asia, Africa y América Latina con el propósito de intercambiar conocimientos acerca de la protección a los grupos marginados del campo.

En esta misma reunión se planteó la necesidad de que la Seguridad Social incursionara en el ámbito de la marginación urbana, tomando como base la doctrina de William H. Beveridge donde definía la Seguridad Social como... “el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia”, afirmando que en general... “la meta del plan de Seguridad Social es acabar con la indigencia en cualquier circunstancia”. Así el Seguro Social tradicional evoluciona hacia la etapa de seguridad, que no es otra cosa que la incorporación a la concepción original del Seguro Social de tres procesos: de Servicios Sociales, de Solidaridad Social y de Ampliación de la Cobertura a la Población no Derechohabiente. Principios conceptuales incorporados en la Ley del Seguro Social en México. (15)

En este marco, las finalidades básicas de las Prestaciones Sociales en México, que conforman el concepto de Seguridad Social Integral, se proponen los siguientes

(15) Instituto Mexicano del Seguro Social, 1943 - 1983, 40 Años de Historia, México. IMSS Dirección General. 1983. p. 151

aspectos: 1) Bienestar general de la familia, por medio de la elevación de su nivel de vida; 2) Formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitan a todos los miembros de la familia conservar la salud física y mental; 3) Aplicación adecuada del presupuesto familiar: alimentación, vivienda, vestido, etc.; 4) Protección del salario del asegurado mediante tiendas, farmacias y velatorios a precios bajos; 5) Práctica deportiva, como parte de la medicina preventiva; 6) Extensión cultural y desarrollo de la capacidad creadora; 7) La aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en actividades lucrativas; 8) Proyecciones de la vida familiar hacia la comunidad para lograr una conciencia colectiva, dirigida al bienestar social y 9) Solidaridad y promoción de la Seguridad Social en relación con el bienestar de la comunidad.

Asimismo, su intervención se inserta en el Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994). Como prioridades fundamentales de la política económica y social es la referente al ataque frontal a la pobreza extrema, donde las acciones de Seguridad Social que se propone el Plan son: Mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios. De igual manera, se considera como prioridad especial la atención a las zonas marginadas, urbanas y rurales, con hincapié en la atención primaria a la salud, a fin de otorgar servicios sociales de beneficio colectivo que brinden un mínimo de protección a los grupos que han quedado al margen del desarrollo nacional y que, debido a su propia condición, no tienen la capacidad contributiva suficiente para incorporarse a un mejor nivel de vida. (16)

(16) **García Gallaga Roberto. El Concepto Integral de Seguridad Social y las Prestaciones Sociales o Complementarias. La Seguridad Social y el Estado Moderno. México, 1990. pp. 84-85**
Eds. IMSS, ISSSTE, FCE

Lo anterior, es la base política a la acción que en materia de Prestaciones Sociales realizan las instituciones de la Seguridad Social en México.

Así en la Quinta Conferencia Americana de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), llevada a cabo en Buenos Aires, Argentina en 1988, se formalizó la conveniencia de crear un Grupo de Trabajo Regional Americano para la protección social de los grupos marginados urbanos. Dicho grupo determinó que el Instituto Mexicano del Seguro Social, por tener mayor experiencia en este campo, asumiera la secretaría permanente. Como parte inicial de las tareas de dicha secretaría, se propuso realizar una investigación social rigurosa sobre el fenómeno de la marginalidad urbana y desarrollar un modelo de atención con la finalidad de proponer estrategias para contrarrestar el fenómeno de la marginación urbana particularmente en los países latinoamericanos.

Dentro del IMSS, se decidió realizar este trabajo a través de la entonces Subdirección General de Prestaciones Sociales, quedando como responsable directo la Jefatura de Servicios de Bienestar y Desarrollo Social.

Entre los programas de Prestaciones Sociales no existe ninguno que se refiera expresamente a la atención de los grupos marginados urbanos; sin embargo, las propias características de sus programas los incluyen, aún cuando su universo no se limite a estos grupos, como es el caso de los programas de educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios, mejoramiento de la alimentación y de la vivienda, impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas y en

general, de todas aquellas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre, cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo, a fin de lograr la superación del nivel de ingresos de los trabajadores. (17)

La Coordinación de Prestaciones Sociales se conformó desde 1995 por las Divisiones de: Bienestar Social y Desarrollo Cultural, Deporte y Cultura Física, Sociales de Ingreso y la de Sistemas y Programas, además de un Departamento Administrativo.

Particularmente, dentro de las actividades de la Coordinación de Prestaciones Sociales están las de: Establecer el soporte técnico de los programas de Prestaciones Sociales; emitir las directrices generales para la expansión de los servicios, determinar los criterios para la investigación técnica y actualización de la normatividad, sustento de las Prestaciones Sociales.

También, coordina la participación con otras dependencias gubernamentales en programas afines, además de apoyar y asesorar a las direcciones regionales y a las delegaciones, en lo que se refiere al otorgamiento de los servicios. (18)

Finalmente, la División de Bienestar Social y Desarrollo Cultural la integran cuatro coordinaciones técnicas ahora Jefaturas de Area: Bienestar Familiar, Bienestar Comunitario, Eventos Culturales y Atención a Pensionados. (Ver anexo 1).

Para fines del presente trabajo, se describen las funciones sustantivas de la Jefatura de

(17) Ley del Seguro Social vigente a partir del 1o. de julio de 1997.

(18) IMSS Prestaciones Sociales Institucionales
México, D. F. P. 11 1996

Area de Bienestar Comunitario, lugar donde he desarrollado mi actividad profesional, desde 1989 a la fecha y que consisten en:

- Realizar estudios de investigación que estén vinculados con el desarrollo y organización comunitaria.
- Proponer el diseño de sistemas, proyectos y estrategias para la creación y operación de actividades Bienestar Social, en los Centros de Extensión de los Servicios
- Llevar a cabo estudios de investigación que estén vinculados con el mejoramiento socioeconómico de la comunidad
- Elaborar documentos normativos y la capacitación y asesoría para implementarlos en Prestaciones Sociales
- Operación de programas coordinados con otras áreas del IMSS
- Coordinar y controlar el programa de servicios de pasantes en el ámbito de la Jefatura, en relación con los estudios e investigaciones que se realicen

Para llevar a cabo las funciones antes señaladas, el Area de Prestaciones Sociales del IMSS cuenta con una infraestructura material actual de 144 unidades operativas en todo el país, en sus diferentes modalidades (Centros de Seguridad Social, Centros Participativos, Centros de Extensión de Conocimientos, por señalar algunos). (19)

(19) Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
Coordinación de Prestaciones Sociales
Presupuesto de Metas Programáticas y de Gastos de Operación 1997.

Aprovechando los recursos humanos, técnicos, materiales y organizacionales con que cuenta actualmente la Coordinación, como son los Centros de Extensión de Conocimientos, espacios comunitarios en donde se proporcionan cursos, servicios y campañas; con ello se pretende modificar actitudes, desarrollar habilidades y concientizar a la población sobre la problemática comunitaria, en relación con el autocuidado de la salud.

Para tal efecto, la primera fase de la investigación y manteniendo una relación estrecha con la visión de Seguridad Social, se tuvo como objetivo conocer y analizar las características generales y específicas que tienen estos grupos, pero también se intentó conocer los factores subjetivos y emocionales que inciden en su desarrollo social y el mejoramiento de su nivel de vida; entendiendo este concepto como las condiciones reales de vida de la población, estudiada a través de sus componentes; alimentación, salud, vivienda, empleo, ingresos, recreación, escolaridad, es decir, los niveles de vida están determinados por factores de ingresos, empleo, nivel de escolaridad alcanzado y capacitación para el trabajo, derivados a su vez de la posición social que ocupan las personas.

El análisis de los resultados de esta fase nos permitió contar con elementos necesarios para elaborar un modelo para la atención a grupos urbanos marginados, que es la segunda fase del programa.

Derivado de la tendencia social que ha generado el proceso de desarrollo poblacional, la polarización de las clases sociales. La población del país ascendió, el 5 de noviembre de 1995 a 91 millones 158 mil 290 habitantes, 10 millones más que al inicio de 1990 y casi el doble de la que había en 1970, indican los resultados

definitivos del Censo de Población y Vivienda 1995. Actualmente, la tasa anual de crecimiento demográfico es ligeramente menor que 1.8 por ciento y, a diciembre de 1996, la población nacional sumó cerca de 93 millones de habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Cabe señalar, que México experimenta una dinámica poblacional caracterizada por un ritmo menor de crecimiento, una población predominantemente joven y un incremento de las personas en la llamada tercera edad.

Por consiguiente, el aumento de la concentración urbana ha generado expulsión de población hacia la periferia, se han creado nuevos asentamientos humanos, con características de ciudades perdidas y los cinturones de miseria, los cuales han ido creciendo con el paso de los años. Cabe aclarar, que a nivel nacional ha existido una tendencia hacia el crecimiento de los grupos considerados como pobres, pues tenemos que en los años de crisis (1982-1989) el producto interno bruto por persona disminuyó el 14%, en tanto que la población pasó de 71.4 millones en 1981 a 81.2 millones en 1987, los pobres lo hicieron de 32.1 a 41.3 millones. En este breve lapso, de cada 10 mexicanos que se incorporaron a la población cinco pasaron a formar parte de los pobres. A este respecto, y con el propósito de delimitar el universo de la población que vive en pobreza y pobreza extrema, algunas instituciones públicas como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y el Instituto Nacional de Solidaridad, han reconocido que partiendo de la diferenciación de pobreza y pobreza extrema en el primer caso se encuentra la población que tiene un ingreso de hasta un salario mínimo por persona y, en pobreza extrema se ubican quienes tienen un ingreso equivalente al 60% de aquel. Es decir para este caso los recursos en general son escasos, ni siquiera se accede a los

mínimos medios de subsistencia que requiere una persona para satisfacer sus necesidades fisiológicas (alimento, vestimenta, vivienda y salud). (20)

Es importante mencionar, que paralelamente a la primera fase se establecieron Unidades de Servicio denominadas Centros de Extensión de Conocimientos, los cuales se instalaron en los lugares donde se realizó la investigación. Así también, es donde se desarrolló el programa de atención a través de otorgar servicios orientados a la satisfacción de necesidades de comunidades marginadas urbanas, con una cobertura mínima de acciones de bienestar de 500 familias o tres mil habitantes.

Por otro lado, en julio de 1990 se estableció un convenio de colaboración con el Departamento del Distrito Federal en el que se establecieron estrategias de coordinación y concertación para llevar cabo el proyecto de trabajo destacando las siguientes:

- 1) Participar en un grupo coordinador del proyecto IMSS-DDF;
- 2) Definir conjuntamente las colonias y barrios en los que se trabajaría, conforme a sus políticas de atención social;
- 3) Contactar y vincular al personal de las instituciones del grupo coordinador del proyecto y
- 4) Participar en el control y evaluación del proyecto.

La investigación realizada tuvo como objetivo, conocer las características demográficas, sociales, económicas y culturales, además de las expectativas y valores en materia de nivel y calidad de vida y desarrollo social. Se desarrolló en la

(20) **El Financiero**
Hugo Rodríguez Barroso
La Pobreza Extrema
México, D. F., 5 de julio de 1993, pág. 34A

Delegación Política de Iztapalapa del Distrito Federal, en 14 colonias, en el primer semestre del año de 1990, ubicada en la parte Sureste del Distrito Federal, en los límites con el Estado de México. Esta Delegación ha sufrido las consecuencias del crecimiento acelerado y desequilibrado de la urbe, de tal forma que a partir de 1960 su ritmo de crecimiento rebasa el de la ciudad, y es en esta década cuando comienza su desmedido crecimiento poblacional, al duplicarse su población.

La Delegación Política de Iztapalapa, con una población de alrededor de dos millones de habitantes distribuidos en 119.4 Km². A partir de la década de los setentas, registra un incremento poblacional de tal intensidad (8.4% de 1970 a 1990), que desplaza a otras delegaciones. Su crecimiento se debe a factores demográficos como movilización de la población de las Delegaciones Centrales por reubicación, crecimiento natural y necesidades de vivienda.

Toda esta nueva población, proveniente de otras delegaciones o de otros Estados de la República, se caracteriza por sus bajos y limitados recursos. Se asienta en terrenos irregulares carentes de todo tipo de servicios, aprovechando la enorme cantidad de terrenos baldíos que existían en esta delegación hacia fines de la década de los años 70.

Así, se han ido creando asentamientos de tipo marginal que tienen pocas oportunidades de ingresar al mercado de trabajo, debido básicamente a su falta de capacitación para realizar actividades propias de la urbe.

Del total de la población, sólo el 50% tiene algún grado de instrucción educacional.

En lo relativo a la salud, para 1988 predominaron en la población las enfermedades de la vías digestivas y respiratorias así como epidémicas, que en su mayoría, se pueden prevenir con medidas básicas de saneamiento.

Como se puede observar, las condiciones sociales y económicas de la población en Iztapalapa justifican plenamente la elaboración de una propuesta de protección social, entendida ésta como el conjunto de actividades gubernamentales o particulares que tienen como finalidad prestar ayuda a grupos necesitados, social y económicamente, de modo transitorio o permanente y que por lo regular no tienen protección de la Seguridad Social.

Por consiguiente, se procedió a la participación de una prueba piloto en la Colonia “El Triángulo”, lo cual permitió obtener un primer acercamiento directo con la población y facilitó el conocimiento de la realidad hasta ahora obtenida; además dicha prueba funcionó como mecanismo de penetración, lo cual agilizó la aplicación extensiva de los instrumentos en la colonia.

3. EL EJERCICIO PROFESIONAL DEL SOCIOLOGO EN LA COORDINACION DE PRESTACIONES SOCIALES DEL IMSS

Desde 1951, año en que se establece la ahora Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y desde entonces con la carrera de Licenciado en Ciencias Sociales (después de Licenciado en Sociología) se ha dado un desarrollo del mercado profesional de trabajo para el sociólogo que generalmente está circunscrito a tres áreas principales:

- 1) La investigación sociológica en centros e institutos de investigación.
- 2) La docencia en instituciones de enseñanza media, superior y posgrado.
- 3) La realización de estudios para la planeación social, diagnósticos, análisis, proyectos y formulación de programas en el ámbito sectorial de algunas instituciones gubernamentales.

El presente trabajo es una muestra del tercer ámbito de acción que se ha desarrollado como sociólogo en un organismo descentralizado como es el caso del IMSS.

Desde 1957 ya Pablo González Casanova señalaba que se requería “una sociología explicativa, aplicada a la realidad concreta del país, sobre todo porque se tiene la certeza de que si bien algunos egresados se podrían dedicar a los problemas de la Sociología aplicada de programación y planeación social, de ejercicio práctico de la profesión en instituciones nacionales”. (21)

(21) Becerra de la Garza Raúl. *La Enseñanza y Desarrollo del Estudio de la Sociología en México (el caso de la FCPyS)*. Tesis Profesional. p. 189. 1984

Dentro de este segmento del trabajo profesional del sociólogo en el IMSS, en la disciplina, el contrato colectivo de trabajo, incluye un grupo de profesionales cuyas características llamadas generalmente profesigramas, que son de utilidad para el funcionamiento, desarrollo y normatividad de las actividades.

En el profesigrama del Sociólogo, se incluyen las siguientes actividades:

Realiza estudios sobre la estructura, desarrollo, modos de vida y relaciones de grupos humanos; estudia e investiga el comportamiento de la familia y organizaciones comunitarias para los fines de la Seguridad Social; analiza e interpreta los datos reunidos y presenta informes y conclusiones de manera que pueden ser útiles al Instituto para la evaluación del otorgamiento de sus prestaciones y servicios, sus innovaciones, extensiones del régimen, captación de desviaciones y sugerencias de medidas correctivas. Diseña los instrumentos de estudio e investigación; estadísticas, metodológicos, cuestionarios, encuestas, documental y otros; dirige su aplicación, controla sus resultados y elabora las conclusiones, presenta informes y estudios correspondientes a sus labores.

Por consiguiente, al incorporarme a esta área de trabajo en 1989, las primeras tareas que se me asignaron fue la revisión del análisis estadístico de datos y la redacción del Informe de conclusiones de una investigación denominada, "El Impacto de los Servicios de Prestaciones Sociales, Acciones y Repercusiones del Programa de Bienestar Social".

La investigación tuvo como objetivo general comprobar la utilidad de los servicios de Prestaciones Sociales, es decir, se encaminó a conocer la utilidad práctica que en la

vida diaria de los usuarios les ha reportado su estadía en un Centro de Seguridad Social (22), cabe señalar que este tipo de estudios se concebían en la década de los setentas como de seguimiento en un nivel meramente descriptivo y morfológico de los fenómenos.

Derivado de este análisis surgió la propuesta de elaborar una guía para realizar proyectos de investigación con el propósito de señalar los procedimientos metodológicos para desarrollarla desde su planeación hasta la presentación de resultados; asimismo, proponer un sistema de investigación como elemento que permite plantear soluciones concretas a los problemas; a partir de esta premisa se infiere que es necesario en primer lugar, investigar para después buscar soluciones, asimismo, proporcionar elementos para identificar el entorno en que se mueven las Prestaciones Sociales y los beneficios que estas proporcionan a la población.

En este primer momento de mi práctica profesional identifiqué que si bien se considera una buena formación teórica, no lo es en el ámbito de la práctica; ya que si bien un investigador debe ser capaz de plantear y de llevar a cabo un proyecto de investigación en todos los aspectos desde las técnicas de muestreo, los trabajos de campo, procesamiento de datos y análisis, incluyendo también el trabajo realizado en computadoras; sin embargo, se observaron algunas deficiencias para la aplicación de las técnicas de campo.

“La formación del investigador comprende también los trabajos de estudio de tipo

(22) Son edificios e instalaciones donde se llevan a cabo actividades educativas, preventivas, de bienestar social y deportivas.

sectorial y de diagnósticos, los que muchas veces son de gran importancia cuando escapan a su carácter estático y meramente descriptivo". (23)

Sin embargo, durante mi formación universitaria considero que no se proporciona un método de trabajo y una metodología de investigación, por lo consiguiente, el sociólogo egresa con una pérdida de identidad para el ejercicio profesional; esto quiere decir que no se da la integración de la docencia-investigación-servicio, entendido como un ejercicio de aprendizaje orientado al planteamiento y a la solución de problemas, en el contexto de la formación profesional.

Considerando la investigación como un complemento valioso y un apoyo necesario a la formación académica, vía los trabajos metodológicos y prácticos en el campo.

En este sentido, es consenso general que la acumulación científica se apoye en dos pilares fundamentales: teoría y práctica.

Con base en lo anterior y retomando algunos datos de una encuesta realizada a egresados de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, durante 1981-1991 por el investigador Fernando Olguín Quiñones y otros profesores, coinciden en un alto porcentaje en que los conocimientos adquiridos en nuestra formación deben ser prácticos, así también deberían enfatizarse en el plan de estudios, materias como: Métodos de Investigación, Taller de Investigación, Computación y en el caso personal, deberían incluir aspectos de Sociología Médica.

(23) Yopo Boris, *Metodología de la Investigación Participativa*, CREFAL 1989
p. 19

A continuación, se relata mi participación en tres proyectos de investigación realizados en esta Institución:

Estos proyectos están circunscritos dentro de las funciones sustantivas del Area de Bienestar Comunitario, para llevar a cabo estudios de investigación que estén vinculados con el desarrollo y organización comunitaria y el mejoramiento socioeconómico.

Por lo que es necesario, caracterizar las colonias urbanas que serán integradas a los programas de Prestaciones Sociales, mediante la elaboración de un diagnóstico de salud, coincidiendo con Ander Egg, que al respecto dice: “el diagnóstico es el nexo entre el estudio-investigación y la programación de actividades” (24), elemento primordial para la implementación de servicios sociales de apoyo discrecional de la Seguridad Social, a los grupos marginados urbanos no contributivos.

(24) Ander Egg, Ezequiel, Desarrollo de la Comunidad. Ed. Ateneo, México 1982. p. 265

3.1 Investigación a Grupos Urbanos Marginados: el Caso Especifico de la Colonia el "Triángulo" de la Delegación Política Iztapalapa de la ciudad de México, D. F. (1989-1990)

Para la realización de este proyecto de investigación se conformó un grupo de profesionistas de ciencias sociales de la Coordinación de Prestaciones Sociales, el cual pretendía hacer una investigación multidisciplinaria. Posteriormente, debido a circunstancias que sería extenso detallar, el proyecto quedó únicamente a cargo del Area de Bienestar Comunitario.

Dentro de la misma, la elaboración del marco teórico estuvo a cargo de los investigadores Soc. Carlos Vega y Antrop. Manuel Gómezcaña, En lo que a mi respecta, participé en la elaboración de los instrumentos de recolección de datos, así como en la coordinación del levantamiento de la encuesta y análisis estadístico de los datos con apoyo de todos los integrantes de la oficina, sin dejar de mencionar el apoyo de prestadores de servicio social de la carrera de Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.

El objetivo que se planteó alcanzar con la investigación, fue el siguiente: conocer las características de esa población, en su estructura social, formas de organización y procesos autogestivos; necesidades y expectativas que condicionan los niveles de vida. Asimismo, el análisis de los resultados de este proyecto nos permitió contar con elementos necesarios para proponer un modelo de atención a grupos urbanos marginados.

Por consiguiente, para la aplicación del modelo se retomaron aspectos conceptuales dentro de los que destacan:

Un modelo de promoción de servicios es un espacio concreto donde pueden confluír intereses y objetivos diversos de las instituciones y la sociedad civil.

Este espacio también reúne tiempos históricos y sociales complejos, pero sobre todo, crea su propio tiempo a partir de su ubicación dentro de las estructuras sociales de la formación social mexicana, esto es, en la atención a la población empobrecida, la educación, la vivienda, la salud, el empleo, entre otros. Entendido así el modelo de promoción de servicios puede convertirse en un catalizador de movilización social y práctica de la conciencia colectiva. Es decir, que la población se manifieste a situaciones afines, reconociendo sus problemas a nivel comunitario y con voluntad para superarlos.

Para conseguir una nueva mentalidad enfocada al desarrollo y bienestar fue necesaria una lista mínima de valores, que reuniera el consenso general:

- Respeto a la identidad cultural
- Reconocimiento a la personalidad de la población
- Recobrar la participación y la solidaridad personal y comunitaria
- Impulsar la iniciativa y la creatividad de la población

La presentación de estos valores se pueden hacer a través del contacto personal de los promotores, de las organizaciones comunitarias, de los centros de educación, de las instituciones de desarrollo y de los medios de comunicación.

De este modo así interaccionan las instituciones mediante la estructuración de los sectores populares en organizaciones de base y se da una formación, (no educación), para su participación en la toma de decisiones que les concierne en el ámbito de mejoría de su calidad de vida.

El Proyecto de Atención a Marginados Urbanos fue viable porque permitió la confluencia de distintas instituciones dedicadas a combatir la pobreza: alimentación, salud, educación, empleo, ingreso, etc., con un diálogo de respeto mutuo y centrado en resolver necesidades y aspiraciones de la población más necesitada.

En conjunto el modelo de servicios permitió una planificación y uso racional de los recursos con que cuentan las instituciones, haciendo eficaz sus presupuestos. Para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social se inició en la zona de la Delegación Iztapalapa.

El modelo operativo para la Atención a los Grupos Marginados Urbanos en Iztapalapa consistió en establecer modelos de servicios integrados en un Centro Participativo de Extensión de Servicios básicos como lecherías, cocinas populares, consultorios médicos, centro de abasto, talleres de capacitación, jardín de niños y otros servicios necesarios y acordes a las prioridades de la comunidad. En este centro se ubicó un Promotor en Salud Comunitaria capacitado y pagado por el IMSS, el cual coordinará las actividades y concertará con los sectores que se requieran, la promoción y ofrecimiento del servicio.

El modelo propuesto permitió la intervención comunitaria y facilitó la instalación y el ofrecimiento de otros servicios con un gasto mínimo, ya que todos los servicios fueron concertados.

Es importante mencionar que todas las actividades que se desprenden del módulo de servicios integrados parten de un *Diagnóstico Integral* de Salud de la comunidad, con el cual se identifican las necesidades básicas y la comunidad interviene en el diagnóstico de sus prioridades relacionadas con su salud y niveles de bienestar social.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO

La Colonia el "Triángulo" se encuentra en el extremo sureste de la Delegación Política de Iztapalapa, colinda con la Delegación de Tláhuac, marca sus límites las avenidas Benito Juárez y Arbol: colinda con las colonias Polvorilla, Agrarista Mexicano y con las Minas de Arena.

La Colonia el "Triángulo" está formada por 12 manzanas de dimensiones irregulares, la conforman 281 viviendas, el uso del suelo es predominantemente habitacional donde los lotes principales son de 120 M². Caracterizada como de Marginalidad, ya que el equipamiento urbano es inexistente en cuanto a mercados, parques y jardines, instituciones de salud, escuelas e iglesias para tener acceso a ellos se recurre a las colonias aledañas. No se dispone de red telefónica, correos, telégrafos, pavimentación, guarniciones, banquetas, y en algunos casos, el drenaje funciona de manera parcial en algunas calles, en otras, está azolvado por la tierra y material de construcción que está esparcido.

Condiciones de Vivienda:

Las condiciones de la vivienda en términos generales son buenas, están construidas con tabique y tabicón en sus muros, en sus techos de cemento, y en proporciones menores lámina de asbesto y de cartón, los pisos son en su mayoría de cemento, mosaico y en menor cantidad de tierra.

Tipo de Colonia:

Desde el punto de vista de los sistemas de vivienda, la Colonia el “Triángulo”, es una colonia proletaria. Está provista de lotes individuales, originalmente sin servicios y equipamiento, ubicada en la periferia, la mayoría de los adquirentes de lotes son de nivel socioeconómico bajo.

Al paso del tiempo se suelen introducir algunos servicios y equipamiento. La mayoría de las viviendas son unifamiliares de uno o dos pisos. Los usuarios erigieron la vivienda por sí mismos o con albañiles contratados eventualmente.

Los actuales terrenos de la colonia, fueron originalmente agrícolas ejidales, durante un tiempo se dió venta ilegal de lotes; posteriormente, se ubicó en la colonia a grupos de familias que fueron afectadas por las obras urbanas de los ejes viales.

Eran familias de origen urbano, de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, procedentes de las Delegaciones Iztacalco, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero y Benito Juárez.

Características del Universo de Estudio

La Colonia el “Triángulo” cuenta aproximadamente con 3 mil habitaciones, se encuestó a 98 viviendas que representaron el 35% del total: también se elaboró una cédula de historia de vida, la cual es un instrumento de reconstrucción cronológica de los hechos.

La unidad básica de muestreo fue la vivienda. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple.

Es decir entonces, que nuestro grupo de estudio lo constituyó el grupo de marginados urbanos de esta Delegación Política, quienes ante los bajos niveles y calidad de vida así como por la falta de planeación en el equipamiento urbano por la migración, el crecimiento demográfico desordenado y a la carencia de servicios manifiestan un desarrollo desigual con respecto al resto de pobladores.

De esta forma, se obtuvo que la población por grupos de edad y sexo de la colonia se encuentra de la siguiente manera: la población de niños y jóvenes agrupa a 311 personas, el 61% del total.

Así la pirámide poblacional de la colonia, es expansiva por su amplia base de población infantil y juvenil, ésta es similar a las pirámides poblacionales de la Delegación Política de Iztapalapa del Distrito Federal y del país. La distribución de la población por sexos, muestra un ligero predominio de la población femenina 52% y 48% para la población masculina.

El coeficiente de masculinidad expresa que hay 91 hombres por cada 100 mujeres, respecto a la población de 60 y más años sólo representa el 3% de la población objeto de estudio.

En relación con las familias por vivienda, predominan las viviendas habitadas por una familia lo que constituye el 75% del total; el resto son de tres y hasta cuatro.

El promedio de integrantes por familia es de 5.5, predominando las familias con 5 miembros, 23.7% y de 4, 18.7%.

El 74.3% de la población de la muestra está constituida por personas nacidas en el Distrito Federal y el Estado de México, 380 personas de 511, existen grupos de residentes urbanos de otras entidades federativas de las que destacan Hidalgo, Puebla, Michoacán, Oaxaca, Guerrero, Querétaro y Veracruz. Estas entidades tradicionalmente han tenido corrientes de expulsión de población hacia la zona metropolitana de la ciudad de México. (Ver gráfica 1)

Es de notarse que la Colonia el “Triángulo” no está formada por emigración del campo a la ciudad, dado que predomina en ella la población nacida en la zona metropolitana.

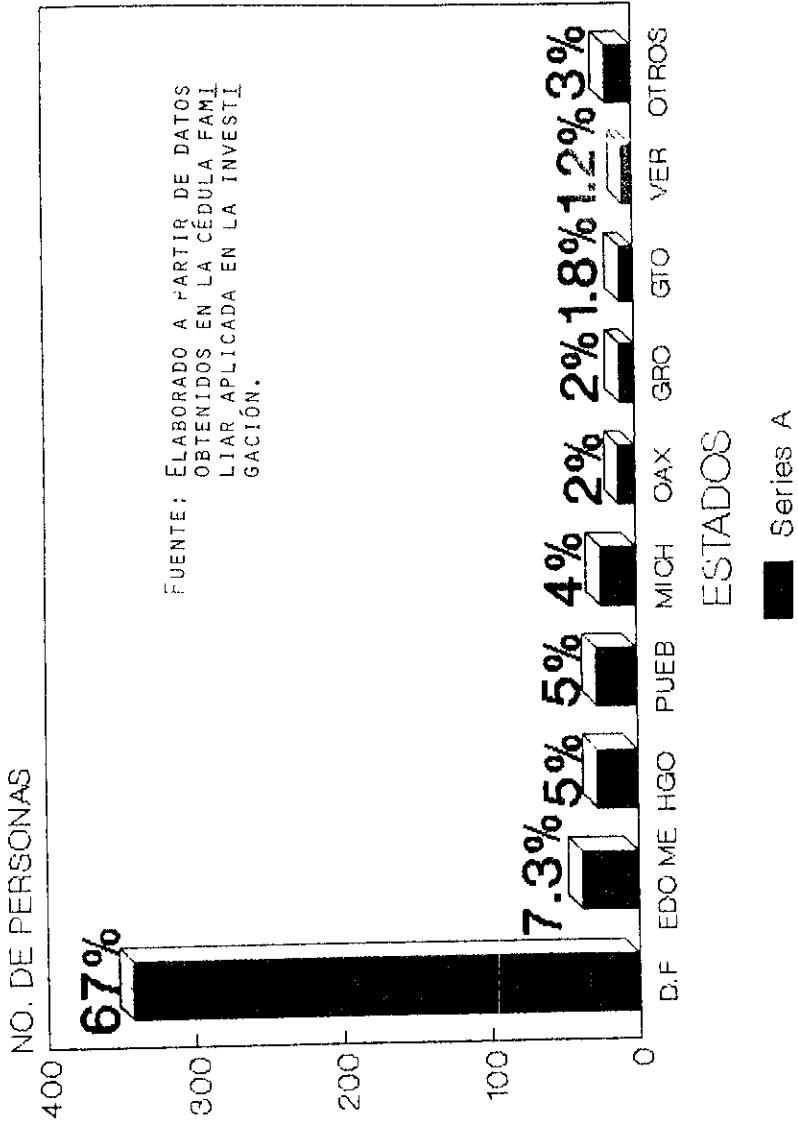
Niveles de Escolaridad de la Población por Categorías Generacionales.

El total de personas de 6 años y más de edad es de 439, de ellos existen 206 adultos que ya no estudian y asimismo, hay 160 personas, niños y jóvenes que actualmente están estudiando. Los primeros representan un 47%, los segundos el 36%. Los jóvenes que ya no estudian son 93, 17%.

Dentro de los adultos predominan los grados escolares de primaria completa, 70 personas, que equivale a 16%, y primaria incompleta con 71, es decir 11%.

GRAFICA 1

LUGARES DE NACIMIENTO DE LA POBLACION



Del grupo de niños y jóvenes que están estudiando, 103, (23%) estudian la primaria y 41, 9% son estudiantes de secundaria. Esta generación superará los niveles de escolaridad de los adultos.

Sin embargo, en esta clase social la ayuda que reciben los niños de parte del padre para la resolución de sus deberes escolares es escasa o francamente nula, pues por una parte estos trabajan generalmente fuera del hogar y no se encuentran en casa durante el día. Otra causa de más peso es la descalificación de sus progenitores frente al saber escolar.

Los conocimientos que adquirieron se encuentran obsoletos a los contenidos y a nuevas formas de enseñar particularmente, en lo referente a español y a las matemáticas. De aquí la imposibilidad de auxiliar a los hijos en sus tareas.

Distribución de la Población Económicamente Activa e Inactiva.

De la población total de la muestra 150, (29%) son económicamente activos y 361, (71%) son inactivos. El factor de dependencia es de 3.40 personas económicamente inactivas por cada activo, lo que supera al del Distrito Federal que es de 2.6. Ello se debe en parte a la estructura demográfica de la población y a la escasa participación de la mujer, en las actividades productivas.

El tipo de contratación predominante en la población de estudio es fija el 71.6% y el 28.4% la tiene temporal. Es decir pues, que 101 personas económicamente activas son derechohabientes de instituciones de seguridad social. (Ver cuadro 2)

CUADRO 2

POBLACION ECONOMICA ACTIVA, SEGUN TIPO DE CONTRATACION

TIPO DE CONTRATACION	PERSONAS	%
- Temporal	40	28.4
- Fija	101	71.6
T o t a l :	141	100.0

En la mayoría de los casos de estudio 66 viviendas el 67% de la muestra, sólo trabaja una persona.

En 14 viviendas, 14% trabajan dos personas, en 18 viviendas trabajan desde más de tres personas hasta cinco y más. Se trata de familias con hijos solteros ya integrados a la población económicamente activa. En el caso de las familias donde sólo trabaja una persona, éstas están integradas por niños y adolescentes que están estudiando, únicamente 4 familias, el 4% proceden de entidades federativas del interior.

El ingreso mensual por familia va desde menos del salario mínimo, hasta 2.1 veces. Es decir, que el nivel de ingreso de estas familias es muy bajo en relación con el costo de la vida, pues más del 50% de la población de la zona en estudio percibe salarios menores o equivalentes al salario mínimo; lo que invierte en alimentación supera su promedio de salario y lo que impacta aún más en su reducido ingreso.

La población sujeta a estudio (98 familias), se caracterizan por el arraigo y antigüedad de residencia en la Colonia el “Triángulo”, así como 76 casos, el (78%), tiene más de 5 años de residencia en la colonia. Asimismo, de estos residentes cabe decir que 73 casos, el 75% eran ya residentes del área metropolitana de la ciudad de México; destacan 43 casos, (44%) que vivían en otras Delegaciones del Distrito Federal 26, 27% que vivían ya en la Jurisdicción de Iztapalapa; cuatro entrevistados vivían en municipios metropolitanos del Estado de México.

El deseo de obtener una vivienda propia fue la causa principal que motivó a 57 familias (el 58% de la muestra) a establecerse en Iztapalapa, de este primer grupo 56 entrevistados, el (57%) procedían de otras Delegaciones Políticas del Distrito Federal; 19, (19%), de otras colonias de Iztapalapa, 5, (5%), de otros municipios metropolitanos.

Considerando que el nivel de vida de la población son: la alimentación, la vivienda, la educación, el empleo y los ingresos, todos estrechamente vinculados entre sí y que reflejan las condiciones reales de vida de la población.

En el rubro económico de la encuesta, se encontró como ya se mencionó, que el 24.9% de la población encuestada es económicamente activa. De ellos, un poco más

de la mitad de las familias recibe ingresos que fluctúan entre uno y dos salarios mínimos y el 14.3% de la muestra recibe de dos a tres salarios mínimos. Aún cuando los datos sobre ingresos no son del todo confiables, ya que en términos generales la información proporcionada presenta subregistros, porque la población tiene temor que sus ingresos reales sean gravados con otra tasa impositiva. Otra situación que favorece la poca confiabilidad en los datos es que la mayoría de los informantes fueron mujeres (75%), y no siempre conocen con exactitud los ingresos reales de sus esposos. De igual manera, es necesario considerar que el ingreso reportado no es per cápita sino familiar, y con ese ingreso debe obtener alimentos, vestido, vivienda, educación, medicinas, servicios, etc., para toda la familia.

Dentro de este mismo análisis tenemos que, una dieta balanceada que contenga proteínas de origen animal y vegetal asegura una buena alimentación con los nutrientes esenciales que el individuo requiere. Una alimentación insuficiente e inadecuada provoca hambre y desnutrición y como consecuencia, diferentes enfermedades, ya que una persona mal alimentada es más susceptible a las enfermedades.

En el rubro de la nutrición, es necesario revisar si los gastos que realiza la familia y la cantidad de alimentos es suficiente para obtener una nutrición aceptable. Estos datos no fueron captados por la dificultad que existe para obtener información precisa y confiable por ser tan variable, y porque los mismos encuestados no recuerdan bien los gastos que realizan día a día y sólo saben que “no les alcanza para el gasto”.

Unicamente se recopiló información sobre el tipo de alimentos que compraron la semana anterior a la entrevista, encontramos, que entre el 57 y 79% de los entrevistados compraron: huevos, frijol, arroz, alimentos enlatados, pastas para sopa,

azúcar, carne, verduras y legumbres; menos del 40% compraron pollo, pan, tortillas, leche, fruta, derivados de lácteos, pescado y carnes frías. Esto indica que la dieta de los entrevistados es variada y aceptable, sólo nos resta conocer como ya mencionamos con anterioridad, las cantidades y las erogaciones que realizan en este concepto.

En la mitad de las viviendas tiene perros que andan sueltos, y por ende, son un peligro para la comunidad. El 10% de los entrevistados mencionó que tiene ratas, pero inferimos que este problema es más álgido debido a que existen basureros a cielo abierto, aún cuando el 70% de la población entrevistada mencionó que pasa un camión recolector de basura, pero que el servicio es irregular.

Dentro de las condiciones materiales de vida, mencionaron que la educación es parte importante, ya que aunada a otros aspectos, contribuye a disminuir los riesgos de enfermedad y muerte, por el mismo proceso socializador de la educación. El grado de escolaridad de los padres, está directamente relacionado con la morbimortalidad de la familia. Asimismo, la escolaridad está directamente relacionada con el empleo e ingresos de la familia.

Una de las características en las que han coincidido varios analistas de la marginalidad es que estos grupos sociales participan en forma muy reducida en asociaciones de cualquier tipo, sean locales, regionales o nacionales. En la Colonia “El Triángulo” encontramos que solamente el 16% de la población encuestada pertenece a alguna asociación o agrupación de los cuales solamente el 7% participa en lo que podemos considerar un grupo de presión y que es el sindicato de su trabajo.

Pero es aún más clara la situación cuando vemos que solamente el 7% de la población participa activamente en algunas de estas asociaciones o agrupaciones.

Esta falta de participación nos permite inferir que este grupo no está representado en los espacios de toma de decisiones que puedan tener una influencia sobre el destino de ellas mismas. Sin embargo, encontramos que a pesar de haber declarado la falta de participación existen organizaciones pequeñas completamente informales que están basadas en la relación vecinal o consanguínea para el beneficio de intereses comunes como es el caso de la organización por calles o por determinado número de viviendas para la realización de obras como la introducción de drenaje, o de guarniciones que con el programa de “mitad y mitad” (sumamente cuestionado por los habitantes debido al incumplimiento de la Delegación Política) llevado a cabo. La organización consistió en hacer una cooperación colectiva para la compra de materiales y los trámites respectivos ante la Delegación. Posteriormente, cada quien realizaba los trabajos necesarios que correspondían al pasar la obra pública por su vivienda, aunque esta norma no se llevara al pie de la letra pues la gente creaba mecanismos de ayuda para sustituir la mano de obra que no estuviera en condiciones de realizarse.

Cabe mencionar que existen algunas reglas informales de castigo social que reprueban la falta de participación comunitaria. En el caso de las actividades antes mencionadas, la comunidad optó por dejar sin servicio a los que no participaran en la mano de obra por un lado, y por otro a los que no cooperaran se les pasó la deuda a un Banco crediticio para que se encargara de cobrarlo, quedando el individuo sujeto a las normas marcadas por la institución fiduciaria.

Es importante señalar que este tipo de organización responde a la convocatoria de la Asociación de Vecinos, que si bien tiene esta capacidad, su funcionamiento cotidiano adolece de la participación activa de los colonos.

Estas formas de organización aparentemente sólo responden a coyunturas donde es necesaria la participación comunitaria para la realización de un bien común, sin embargo, en los períodos de inactividad subsisten una serie de relaciones entre los habitantes que atienden problemas menos generalizados, esto permite darle forma a la organización espontánea cuando ésta se requiere.

La falta de organizaciones formales activas al interior de la colonia, ha provocado que no existan los espacios de reunión necesarios para una comunidad, los únicos que existen para los grupos sociales que componen la colonia es la calle o las casas, excepto en el caso de instituciones más formalizadas como el grupo de Alcohólicos Anónimos.

En cuanto a la participación política de la población, se observó que en su mayoría existe una resistencia a la afiliación a algún partido o agrupación, aunque es necesario aclarar algunas situaciones.

En primer lugar al plantear el proyecto de atención a los habitantes de la colonia se presentó como una institución de salud, pero a pesar de esto creemos que existe verdadera resistencia a expresar sus inquietudes políticas pues hay una percepción equivocada de gobierno igual a cualquier institución gubernamental y por lo tanto del partido oficial por lo que persiste el miedo a no obtener ningún beneficio si expresan alguna preferencia política, no sólo por sentido común sino por las experiencias

vividas de manera personal. Uno de los principales indicadores que nos hacen inferir lo anterior es la alta votación que se registró el 6 de julio donde se evidenció la simpatía mayoritaria en la Delegación por algunos partidos de oposición lo que implica una participación política activa.

Consideramos de suma importancia hacer énfasis en esa serie de relaciones informales que se dan entre los habitantes, que funcionan por un lado como vínculos de ayuda mutua y por otro como formas potenciales constantes de organización, por lo que creemos que la forma más adecuada de organización es la autogestión, es decir una organización desde dentro con la participación incentivadora desde fuera.

Las necesidades expresadas por la población encuestada en los niveles individual, familiar y de la colonia, tienden a ubicarse mayoritariamente en el terreno de las necesidades materiales, circunstancia dominante en habitantes de la colonia. Así, las necesidades sentidas por el entrevistado pueden agruparse en: un 70% que dice requerir dinero, trabajo o incrementos salariales, bienes materiales varios o servicios urbanos, recreativos o de salud; en las necesidades familiares esta tendencia se extiende, ya que un 76% de los entrevistados ubica los requerimientos familiares entre dinero (22%), bienes materiales varios (28%), y servicios urbanos, de salud, recreativos (26%). Asimismo, en la colonia las necesidades materiales sentidas se consolidan al declarar un 88% de los encuestados que el equipamiento urbano, la infraestructura y los medios de transporte, se requieren en el Triángulo. En cuanto a lo que necesita el país, en opinión de los habitantes encuestados, la situación se modifica, ya que si bien un 30% plantea como necesidades del país, atender necesidades materiales o económicas, un 28% se refiere a las relativas a la administración pública, al requerir funcionarios honestos y atención a los ciudadanos.

Mientras que un 19% hace referencia a la necesidad de actitudes colectivas de comprensión y cooperación entre los habitantes, así como mejoras en la organización y dirección. Además de captar su contexto inmediato dominado por las necesidades materiales; la población no las proyecta mecánicamente al país, sino que establece el carácter diferencial de estas últimas a las que ubica entre las materiales, las de una mejor administración pública y la necesidad de mejores actitudes, conductas y formas de organización de la sociedad civil.

Las expectativas, al terreno de lo que se desea o aspira, mostraron la siguiente situación:

Los estudios que desea realizar la población encuestada, muestra una clara tendencia cercana al 50% por seguir estudios dentro del sistema educativo mexicano formal, ya que mientras un 3% desea terminar la primaria, y un 8% la secundaria, un 16% pretende estudiar carreras técnicas de nivel medio superior o estudios propedéuticos de este nivel y un 21% desea realizar estudios profesionales de nivel superior; vienen enseguida las personas interesadas en realizar estudios propios de la educación extraescolar: cultura de belleza, corte y confección, cocina, tejido, etc., similares a los programas de Prestaciones Sociales con un 27% de los encuestados. Este grupo de personas puede ser incorporado a las actividades del Centro de Extensión de Conocimientos, en proceso de implantación en la colonia. Finalmente, un 9% de los entrevistados espera realizar estudios de capacitación para el trabajo.

Las expectativas de trabajo que se desea realizar, ubica a un 41% con intereses de trabajo en los servicios a un 12% como obreros; mientras que un 21% desea trabajar por su cuenta en un negocio propio, en el hogar, o en la iniciativa privada; un 19% no

definió intereses específicos de trabajo o no contestó la pregunta y sólo un 6% aspira a realizar trabajos de nivel profesional.

Las expectativas de estudios comparadas con las de trabajo, nos muestran que, mientras en las primeras dominaron las de los hijos, en las segundas las de los padres y van más acorde con sus propios niveles de escolaridad. Esta aseveración se respalda cuando en el cuadro sobre la forma en que se va a lograr lo que se desea para la familia, un 46% de los entrevistados plantea como medio: trabajando y luchando los dos esposos, es decir, sosteniendo y respaldando el desarrollo de los hijos.

Las expectativas en cuanto a la existencia misma de la familia nos muestra que el 98% de los entrevistados cree en ella esgrimiendo como razones para esa creencia desde la afirmación de considerarla como base de la sociedad, o ubicar en términos prácticos la ventaja de vivir en ella por el apoyo que representa en los problemas; con un 19%, hasta los conceptos morales y espirituales de la unión familiar, la convivencia y la armonía que dominan el indicador con un 71% de las respuestas. Llama la atención en las respuestas de los que no creen en la familia; confirman la expectativa de tenerla al argumentar un entrevistado que no hay apoyo de su familia, y el otro, se declara decepcionado de ella.

Finalmente, en este apartado los deseos que se tienen hacia la familia y la forma de alcanzarlos nos muestra que mientras un 25% de los entrevistados desea para su familia diversas situaciones materiales de seguridad como: contar con casa propia, tener trabajo, estabilidad económica o bienes materiales diversos; el 32% expuso deseos de buscar formas de bienestar para ella, tales como estar bien, en armonía o ayudarse en los problemas y un 44% varios logros no materiales como: superarse y

realizarse, estudiar y lograr tranquilidad y tener salud; lo curioso de estas expectativas es que mientras lo que más necesita la familia son cosas materiales, lo que más desean, son aspectos espirituales. La forma de lograr lo que desea darle a su familia abarca en cuanto a los padres, el trabajar, luchar y organizarse con el 48%; hacia los hijos, aconsejándolos, motivándolos, tratándolos bien con el 19%; y estudiando y preparándose, el 23% consideran las formas más idóneas para alcanzar estos objetivos y metas.

Algunos padecimientos infecciosos encuentran condiciones propicias, principalmente en los niños mal alimentados, inclusive, agudizándose en forma severa. A su vez, las enfermedades agravan el grado de desnutrición que genera un círculo vicioso: desnutrición causada por la pobreza económica, por bajos ingresos en la familia, lo que limita la obtención de alimentos. El individuo mal alimentado tendrá bajo rendimiento laboral, que lo conduce a la pobreza, al poco aprovechamiento de oportunidades educativas y limita la movilidad social, es decir, los movimientos que tienen los individuos dentro del ámbito social acordes a sus posibilidades reales de desarrollo. Así, la desnutrición conlleva a reproducir un estado permanente de pobreza.

La vivienda también forma parte de los niveles de vida de la población, ya que ésta, tiene relación con la salud; así, en una vivienda inadecuada existe más factibilidad de que sus habitantes enfermen, ya que en un medio hostil, las posibilidades de enfermar son mayores.

Las enfermedades más frecuentes son las de vías de entrada respiratorias, con cifras del 74%, seguidas de las enfermedades por vía de entrada digestiva con 15%.

Sobre las causas principales de mortalidad, indicaron que la vejez es la principal, con un 15% de los casos.

Se encontró que el 62.6% de los entrevistados tienen derecho a servicios médicos, de ellos, el 41.3%, pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, el 21.3% al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. (Gráfica 3)

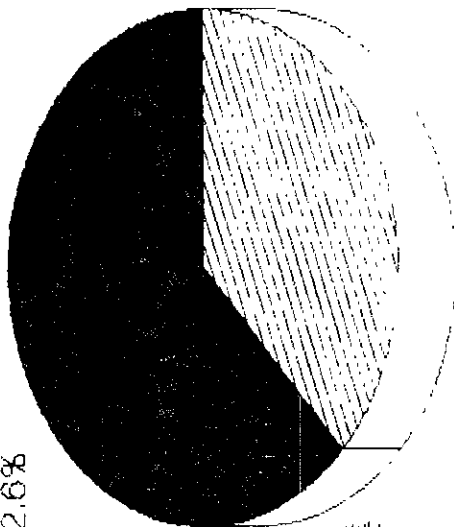
El 86% de las familias entrevistadas conocen y usan las plantas medicinales para curar o aliviar enfermedades, o bien, dolencias sencillas como: tos, catarro, dolores estomacales o de cabeza, etc. No hubo un solo entrevistado que mencionara acudir con yerberos o curanderos.

Es de llamar la atención que al preguntar sobre lo que consideran más importante para vivir, la respuesta que tuvo mayor incidencia fue: “la salud es lo más importante” (23%). Es decir, los entrevistados están plenamente conscientes que el estado de buena salud, es indispensable para el bienestar familiar.

Los diversos conceptos de calidad de vida señalan a la satisfacción individual y familiar como una constante a observar en la población. Esta satisfacción se da, tanto en términos de satisfacer necesidades y lograr expectativas “auténticamente humanas” como en la propia respuesta del individuo hacia su medio y circunstancias que le permitan el logro de una vida integral y plena. Así, a la existencia de necesidades y expectativas y la búsqueda de satisfacción y logros de las mismas, que se consideró en un apartado anterior, se agrega el gusto por vivir en la ciudad y la colonia; la recreación; la satisfacción en el trabajo; la planificación familiar como una forma de acuerdo conyugal y diversos valores que sirven de base de actitudes y

DERECHO A SERVICIOS MEDICOS

TIENE DERECHO
62.6%



NO TIENE DERECHO
37.4%

FUENTE: ELABORADO A PARTIR
DE DATOS OBTENIDOS EN LA CÉ-
DULA FAMILIAR APLICADA EN -
LA INVESTIGACIÓN.

conductas individuales, como aspectos complementarios de un concepto integral de calidad de vida. Veamos entonces otros conceptos.

Del total de entrevistados, 77 manifestaron agrado por vivir en la ciudad de México, aduciendo en favor de ello, el haber nacido o crecido aquí, (ellos o sus hijos), con un 28%; por ofrecer la ciudad mejores condiciones de vida, servicios y empleo un 48% declaró no acostumbrarse a su pueblo y un 5% al que le gusta la ciudad. Lo anterior, implica un acuerdo mayoritario con la vida en la ciudad. Los 21 entrevistados que están en desacuerdo, se quejan de la contaminación, la gran cantidad de gente y lo agitado de la vida, así como su mayor gusto por la provincia.

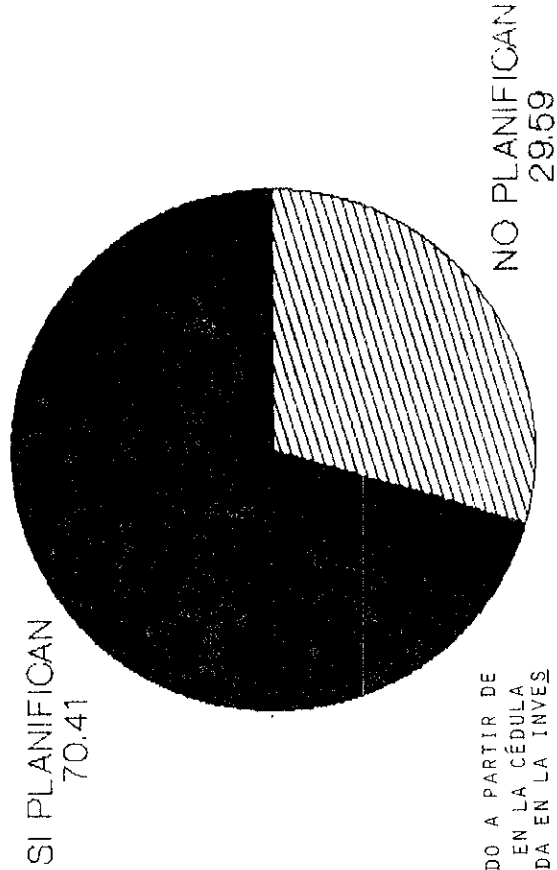
La diversión o recreación de los miembros de la familia muestra que los niños lo hacen jugando (72%); paseando (13%), y viendo televisión (15%); los jóvenes lo hacen jugando (30%); paseando o platicando con amigos (29%); viendo la televisión (15%); bailando o en la casa (14%); mientras que el 12% declaró que los jóvenes no se divierten. En los adultos dominó la recreación viendo televisión, (36%); jugando (17%); en el cine o en el teatro (12%) y paseando (19%).

El trabajo satisface a tres cuartas partes de los entrevistados y no satisface al resto. Las razones principales de satisfacción son que el trabajo fomenta el bienestar familiar (23%); que trabaja en lo que le gusta (18%), y que se gana buen sueldo o se tienen buenas relaciones con los compañeros de trabajo. La insatisfacción por el poco sueldo (71% de los casos), y el carácter inestable de éste (13%).

El 70% de los entrevistados planifican su familia; el 35%, con métodos definitivos y el resto con temporales. En los primeros, el dominante es la salpingoclasia y en los

segundos, el dispositivo intrauterino y las pastillas, por consiguiente, se observa incremento en la práctica anticonceptiva durante los últimos años. Asimismo, implicaría considerar los aspectos socioculturales e institucionales que influyen en la conducta de adopción de la anticoncepción de las parejas. (Gráfica 4)

PLANIFICACION FAMILIAR (%)



FUENTE: ELABORADO A PARTIR DE DATOS OBTENIDOS EN LA CÉDULA FAMILIAR APLICADA EN LA INVESTIGACIÓN.

CONCLUSIONES Y ACCIONES IMPLEMENTADAS POR EL IMSS A TRAVES DEL AREA DE BIENESTAR COMUNITARIO

A partir del estudio realizado en la Colonia "El Triángulo", nos permitió conocer las condiciones de vida de la población, que si bien no son de miseria si reflejan una pobreza aguda y son adversas para llevar una vida digna de todo ser humano.

Los problemas derivados de la carencia de servicios públicos se pueden considerar como temporales, no así los relacionados con el empleo, la salud y la educación que tienen un carácter más estructural y que requieren soluciones que implican decisiones políticas, conocimientos técnicos e inversiones económicas a corto, mediano y largo plazo. Es decir, que la política social del Régimen actual no ha logrado influir sustancialmente en el bienestar de la población mayoritaria del país, debido a que sexenalmente, se ha limitado a funcionar como paliativo al gran problema a nivel nacional de la pobreza.

La asignación de recursos gubernamentales no ha revertido los profundos desequilibrios socioeconómicos ni el creciente rezago en aspectos como alimentación, educación, vivienda y salud. Puesto que el gasto social per cápita en 1988 fue de mil 500 pesos, y para fines de este año se estima llegará a un monto anual de mil 268 pesos por habitante, lo que indica una disminución de 15.5 por ciento en términos reales.

Más aún, si la relación se efectúa para la población en situación de pobreza en el país, entonces se advierte una caída del 27.4% en igual período. (25)

Asimismo, se coincide con otros investigadores que afirman que los procesos de metropolización de las grandes ciudades han generado un mayor número de población con menos posibilidades de acceso de bienes colectivos sociocomunitarios, situación producida por la incompetencia de la “modernidad” para lograr un reparto equitativo de los recursos disponibles. Esta desigualdad repercute en la calidad de vida de los grupos mayoritarios, generando la tan conocida “marginalidad urbana”. (26)

A pesar de las diversas estrategias del gobierno aplicadas para atender las desigualdades sociales, grandes grupos de la población se encuentran en estado de pobreza extrema.

En la actualidad, los modelos de organización de los programas de diversas instituciones que prestan como fin el bienestar social se han convertido en un conjunto de acciones dispersas, sin objetivos ni estrategias precisas, traducándose en procesos “burocráticos indiscriminados o bien en espacios partidistas que son más sensibles a las presiones de los grupos de poder establecidos que a las reivindicaciones de las capas populares y marginadas”. (27)

(25) Elvia Gutiérrez y Casillas. “Política Social, Tema Obligado en el discurso Oficial”. El Financiero Agosto 17 de 1997. pág. 14

(26) Galcana de la Lao Silvia, Modelos de Promoción Social. Edit. ENTS-UNAM. 1996. pág. 13

(27) Op. Cit.

No obstante, el Area de Prestaciones Sociales del IMSS busca nuevas y mejores alternativas de protección social a grupos no contributivos, tal es el caso de la implementación de un modelo de atención integral a la salud de grupos urbanos marginados en su fase piloto en la colonia antes señalada, el cual no se refiere a un

servicio médico asistencial, sino a reproducir un esquema preventivo y de salud integral que partiendo de un diagnóstico de salud comunitario que identifica los problemas, sus causas y las soluciones, aglutinándolos en un plan de salud del cual se desprende un programa de actividades de Promoción a la Salud, Educación Higiénica, Mejoramiento de la Alimentación y de la Vivienda, entre otras. (28)

Derivado de la aplicación del programa antes señalado, se realizó en 1994 una evaluación parcial encontrándose los siguientes resultados: existen 54 centros de funcionamiento, se han impartido 638 cursos en 1031 grupos en los que están inscritos 18,088 socioalumnos.

En cuanto a los beneficios del centro para la comunidad, a reserva de sistematizar una investigación sobre su impacto, las opiniones de los socioalumnos que asisten a los servicios y del Comité de la Comunidad permiten afirmar que los cursos y actividades desarrolladas en la unidad empieza a contribuir en la mejora de la higiene y la alimentación, en algunos casos han permitido incrementar los ingresos familiares mediante el autoempleo o el empleo en el caso de los cursos de Belleza e Higiene Personal, o con la elaboración y venta de productos que realizan con lo aprendido en los cursos de Cocina, Tejido y Corte y Confección.

(28) Véase Anexo 2

Sin embargo, las acciones comunitarias externas al centro son todavía incipientes e insuficientes, no cumplen aún las expectativas de la comunidad sobre el particular. Lo mismo sucede con el apoyo a procesos de organización comunitaria para la atención de problemas y necesidades locales, situación que deberá ser impulsada en los programas de trabajo de estos centros a partir del año de 1995. Hecho importante lo es también la necesidad de impartir capacitación al personal de los centros. Por consiguiente, a la fecha se desconocen los logros obtenidos debido en gran medida a la falta de seguimiento, por la falta de recursos de la institución para realizar una evaluación.

3.2 La Calidad de Vida en la Zona del Polígono “D”, Municipio de Acapulco, Estado de Guerrero (1991)

La realización de este proyecto tuvo como antecedente directo, la implementación del Programa de Atención a Grupos Urbanos Marginados en su fase piloto en el Distrito Federal (Colonia el “Triángulo”, Delegación Política Iztapalapa) y una vez observada su viabilidad, se tomó la determinación de extenderlo a otras entidades del país. Como es el caso de la ciudad de Acapulco, Gro., una de las ciudades mayores por el volumen de su población, de la República Mexicana que ha confrontado y enfrenta una problemática de marginalidad urbana crítica.

La importancia de las actividades turísticas comerciales y de servicio, ha impedido que el Estado de Guerrero cuente con una economía más diversificada, además de la intensidad del proceso de urbanización aunado a la necesidad de vivienda, las altas tasas de crecimiento natural y social, así como la presencia de bajos niveles de vida de la población son factores, por mencionar algunos, que han repercutido en la Marginalidad Urbana.

Actualmente, la Seguridad Social se identifica con Bienestar Social y es parte integrante de la noción más amplia y totalizadora de desarrollo social. Es conveniente resaltar, que la Seguridad Social no fue creada específicamente para reducir la pobreza, ni para eliminarla radicalmente, dichos propósitos no constituyen su objetivo esencial.

Aún así en México, la Seguridad Social atiende de manera indirecta a la población en pobreza al plantear programas de atención a todos los grupos sociales, en el caso del IMSS a través de Prestaciones Sociales e IMSS-Solidaridad.

Dentro de los propósitos y objetivos que se persiguieron en el proyecto destacan los siguientes: 1) Identificar y conocer como se caracteriza el fenómeno de la marginalidad urbana de la zona conocida como Polígono "D" en el municipio de Acapulco, Guerrero; 2) Identificar las necesidades sentidas y objetivas, las expectativas de vida de la población en aspectos de salud, ocupación y bienestar social; 3) Promover la organización del trabajo comunitario para la elaboración del diagnóstico, análisis y propuestas de solución ante los problemas que comparten los individuos, la familia y la comunidad de trabajo.

Se planteó como una investigación de campo de tipo descriptivo-analítico, con un enfoque conjunto de la Sociología Urbana y el Urbanismo, para caracterizar la problemática del fenómeno de la marginalidad urbana en cuanto a su génesis y variables que lo determinan.

Para la realización del estudio, se optó por la conjunción de técnicas de investigación variadas: observación de fuentes documentales y estudios de campo.

En aspectos de observación, se aplicó una guía en la zona de estudio cuyo objeto era conocer a nivel descriptivo las características de las colonias del área enfatizando en los rubros del medio físico natural, infraestructura, equipamiento, sistemas de vivienda y otros.

El estudio de campo, el primer semestre de 1991, el análisis, en el segundo semestre de dicho año. Cabe señalar, que en este trabajo se participó con la elaboración de los instrumentos de recolección de datos, así como el análisis de datos y presentación de resultados con la colaboración con personal del Area de Bienestar Comunitario. La aplicación de la encuesta estuvo a cargo de personal de Trabajo Social del IMSS en la Delegación de Guerrero.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO

La zona de estudio se ubica al norte de la ciudad de Acapulco, Gro. hacia la salida a México el área se conoce como La Sabana. La integran once colonias, su población se gestó a partir de la segunda mitad de los años ochenta. Se han formado tales asentamientos para satisfacer necesidades de vivienda de grupos de trabajadores jóvenes de bajos ingresos. Respecto a la estructura urbana, entendida ésta como el conjunto e interacción de los componentes: suelo, vialidad, transporte, vivienda, equipamiento urbano, infraestructura, imagen urbana, medio ambiente. Se encontró que, el medio ambiente está gravemente alterado, por contaminación de suelo, aire, agua y la falta de áreas verdes. La vivienda es muy precaria debido a que los pobladores por una parte conservan patrones de vida rural, y por otra, la falta de recursos económicos y la carestía de los materiales de construcción durables hacen predominar viviendas carentes de servicios, antihigiénicas y de autoconstrucción.

Las colonias estudiadas son fuertemente deficitarias en red de agua potable (75%), drenaje y alcantarillado (85%), pavimento (100%) y alumbrado público (83%).

Al realizar los primeros recorridos por nuestra área de trabajo, observamos que la construcción de las viviendas parece más bien improvisadas y temporales, ya que predominan materiales poco duraderos como láminas de cartón o de asbesto y algunas viviendas tienen paredes construidas con piedras amontonadas, es decir, los materiales de construcción constituyen un indicador no sólo de la calidad de la vivienda, sino también del nivel de ingreso de los que dispone el grupo familiar.

El tipo dominante en la vivienda es la considerada como de paracaidista, dado que no cuentan con la propiedad legal de la tierra, servicios de urbanización y la autoconstrucción paulatina es predominante.

De acuerdo a la encuesta aplicada, las familias ascienden a 208 y la población total, es de 896 personas. En total, 7.5 de cada 10 jefes de familia son nacidos en Acapulco, así es obvio que la migración campo-ciudad y de otros municipios circunvecinos no sea significativo.

La estructura por edades, en la zona es aún más rejuvenecida que en la entidad, ya que la población menor de 15 años representa el 36% de la población total, también se encontró que las familias tienen una composición promedio de 4.5 personas, el promedio de hijos por familia es de 2.5 y predominan las viviendas unifamiliares, es decir, se trata por lo anterior de familias en proceso de formación con padres jóvenes.

Las condiciones de vida son indicadores que establecen para describir las características del empleo, vivienda, ingreso familiar, educación, nutrición, accesibilidad y calidad de los servicios públicos de los que disponen los individuos, etc. Al respecto, se encontró con los siguientes resultados:

De 1986 personas que constituyen el universo de estudio, 656 (73.3%) son económicamente inactivos y 240 (26.7%), son económicamente activos. El factor de dependencia es de 2.7 personas sostenidas por una persona económicamente activa.

La importancia de las actividades turísticas, gastronómicas, comerciales y de servicios influye en el perfil ocupacional de la población, así se observa que de cada

100 personas, 88 trabajan en el sector terciario. La escasa importancia del sector industrial apenas ofrece ocupación a 4.6 trabajadores por cada 100.

Ingresos. Existen 242 personas que declararon percibir ingresos; los ingresos que perciben son bajos en general y limitan alcanzar un nivel de vida adecuado. Son 226 las personas cuyos ingresos se ubican en los rangos de menos del salario mínimo hasta dos salarios; 93 de cada 100 trabajadores.

Derivado de la clasificación de la desnutrición por su etiología, la desnutrición primaria caracterizada por la privación o ingesta insuficiente de alimentos, se presenta en México, como una extendida forma de sobrevivir a la pobreza. De esta forma se identificó que la población de esta zona no consume verduras, carne, pescado; los alimentos de mayor consumo son pan, tortillas, huevo, leche y frutas de temporada, por lo cual su nutrición se considera deficiente, provocando por supuesto constantes infecciones que con frecuencia padecen, y a otro conjunto de privaciones, incluso afectivas, enmarcan el expediente de los indicadores que conforman la condición de pobreza.

Por otra parte, el obstáculo principal para alimentarse mejor es la insuficiencia de ingresos, factor que afecta a 78 familias de cada 100 afecta.

Respecto a la salud y seguridad social, encontramos que el 60.6% de la población carece de las prestaciones que ofrece la Seguridad Social. Aún cuando la atención a la salud es una necesidad básica, la mayoría de la población enfrenta la carencia de este servicio en cualquiera de las modalidades en que opera el sistema de salud.

En cuanto a la morbilidad, los padecimientos respiratorios se encuentran en primer lugar y le siguen en orden de importancia las enfermedades digestivas y de la piel.

El predominio de las enfermedades respiratorias, puede estar relacionado con las condiciones nutricionales, las características de la vivienda y la ausencia de pavimentación, entre otros factores.

ORGANIZACION SOCIAL

En las comunidades urbano marginadas las formas de organización social se expresan en dos grandes instancias, lo que conocemos como organización formal por un lado y organización informal, por el otro. Aunque son diferentes estos dos tipos de organizaciones no son precisamente opuestos entre sí, sino que adquieren formas de relación muy particulares de acuerdo a la coyuntura en que se encuentren, que bien puede ser complementaria o en otras ocasiones las barreras que existen entre una y otra definitivamente desaparecen.

La organización formal más importante en estas comunidades es la asociación de colonos, que de acuerdo a las disposiciones legales es la única que puede tener un reconocimiento jurídico y es precisamente por ello que existe cierta obligatoriedad intrínseca para pertenecer a ella. Sin embargo, en estas comunidades sólo el 39% de la población encuestada declaró pertenecer a dicha asociación, porcentaje que es muy similar al de la población que dijo no pertenecer a ningún tipo de organización. Por otro lado, el 73% de las personas encuestadas dijeron haber participado con esta asociación en la resolución de problemas comunes, siendo un porcentaje bajo los que no hacen nada ante este tipo de problemas (25%) y menor aún los que prefieren que

se los solución una entidad ajena a la comunidad (3%). Estas cifras nos dan una idea de que existe una conciencia clara entre la población de la importancia de la participación comunitaria para la resolución de problemas que afectan a la mayor parte de la comunidad.

Así, se observa que la asociación de colonos se convierte en un interlocutor de la comunidad ante organizaciones gubernamentales o civiles, además de ser un convocante para la realización de obras colectivas, interlocución que está basada más que nada en el surgimiento espontáneo de la participación comunitaria y que tiene su motor esencialmente en el tipo de relación que mantienen los miembros de la comunidad, que en su mayoría es ayuda mutua por una parte, y por otra, de estrechos lazos de solidaridad que permiten hasta cierto punto lograr una mejoría en los niveles de vida.

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

Las necesidades expresadas por los habitantes de la comunidad en los dos planos, en que se les ubicó que fueron: la familia y la colonia, tendieron a ubicarse primordialmente en el terreno material y económico.

En el plano familiar el 68% de la población consideró que lo que su familia necesita para vivir mejor es tener un mayor ingreso económico y el 18% dijo necesitar tener una buena salud. Para lograr satisfacer estas necesidades, los encuestados consideraron que la vía adecuada es trabajando (39%), y el 23% definitivamente no supo de que forma podría hacerlo, mientras que el 11% afirma que la única forma de satisfacer estas necesidades es preparándose cada día más.

Estas respuestas de alguna manera resultan lógicas; sin embargo, es necesario destacar la importancia que le da una parte de la población a tener una buena salud, cuestión que nos incumbe directamente como Institución.

Las necesidades de la colonia se centraron en dos rubros principalmente el 53% externó que es necesario contar con equipamiento urbano adecuado y el 39% se inclinó por mejorar los servicios públicos de la comunidad, siendo la satisfacción de estos dos rubros básicos para lograr mejorar los niveles de vida de la población.

CONCLUSIONES Y ACCIONES A DESARROLLAR

Las once localidades del polígono son colonias proletarias habitadas por trabajadores jóvenes de bajos ingresos, cuyas familias están en proceso de formación. La mayoría son nativos del municipio de Acapulco; los componentes de la estructura urbana se caracterizan por: medio físico natural alterado por contaminación del agua, aire y suelo, la vivienda es precaria, se carece de drenaje y alcantarillado, pavimentación, alumbrado público y redes de agua potable, existen riesgos reales y potenciales a la salud, vulnerabilidad por inundaciones y sismos; predomina la tenencia irregular de la propiedad, hay dificultades de transportación y se carece de equipamientos urbanos para la salud, educación, recreación y abasto, lo que genera una calidad de vida deficiente.

Las condiciones de insalubridad de la vivienda y la presencia de enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y las vías digestivas quedan enmarcadas en un estado de mala alimentación, están condicionadas por la situación de la subocupación y desocupación, característica de los grupos marginales; pero reforzada también por la falta de educación higiénica y sanitaria. No obstante, que esta última es una causa secundaria o efecto, se interacciona con los otros aspectos de la marginalidad para formar este fenómeno complejo.

La participación comunitaria es un valor de gran reconocimiento social entre la población, en nuestra zona de estudio tiene una dinámica propia, es efímera y coyuntural, se da de acuerdo a determinadas motivaciones y tiene objetivos muy precisos. En este mismo sentido, se comprobó que existe una marcada solidaridad de la población marginada ante los problemas comunes.

Es importante mencionar, que afrontar directamente la causa más profunda de la marginalidad urbana dentro del sistema no es posible en las condiciones actuales en las que se encuentra México, ya que esta acción conduce hacia la transformación del modelo económico neoliberal, lo que actualmente no es factible.

No obstante, el Area de Prestaciones Sociales del IMSS, intentando hacer frente a esta problemática, implementó un programa de atención con un enfoque integral considerando tres grandes aspectos: desarrollo urbano, desarrollo social y desarrollo económico de las colonias del Polígono a través de una unidad de servicios denominada Centro de Bienestar IMSS-Solidaridad, aunque de antemano se está consciente de que ésta, dentro del sistema, jamás será resolutive sino solamente reductiva, en el sentido de que los alcances que toda medida, ya sea económica, política o social, que pretenda combatir este fenómeno, únicamente logrará disminuir la intensidad de la incidencia de este problema

Lo fundamental de esta propuesta, es de aprovechar y canalizar la participación comunitaria hacia acciones de coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con el propósito de crear mecanismos de gestión para la satisfacciones de necesidades básicas materiales de la población, como es la dotación de equipamiento urbano y servicios públicos.

3.3 Estudio Explorativo sobre la Participación Comunitaria en Centros de Bienestar IMSS-SOLIDARIDAD (1993-1994)

Esta investigación, surgió derivada de la investigación del modelo operativo del Programa de Atención Integral a la Salud de Grupos Urbanos Marginados en 1990, cuyos objetivos se mencionan con anterioridad.

Asimismo, surgió con el propósito de encontrar la forma en que se da la participación comunitaria, en torno al establecimiento y operación de una unidad de prestación de servicios denominada Centro de Bienestar IMSS-SOLIDARIDAD.

Estos Centros fueron financiados en su construcción con fondos del entonces Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) en el sexenio anterior, y alrededor de su proceso de establecimiento y operación se requirió una amplia y decidida participación de la comunidad, la cual en los ahora construidos, ha sido muy limitada o no se ha presentado. Motivo por el cual, se realizó la indagación para tratar de encontrar el por qué de estos niveles diferenciales de participación comunitaria.

Cabe mencionar, que los servicios de Prestaciones Sociales se dan a población abierta y son operados por la Coordinación de Prestaciones Sociales que norma las actividades de las unidades. En éstas se proporcionan diversos cursos, servicios y actividades en los aspectos de bienestar social, deporte y desarrollo cultural. Asimismo, como consecuencia del reconocimiento gubernamental ante la pobreza y de la creación del Programa Nacional de Solidaridad para combatirla, los servicios de Prestaciones Sociales del IMSS incrementaron su cobertura en los núcleos de la población urbana marginada, buscando, tanto en un nivel nacional como

internacional, la existencia o creación de modelos y experiencias para atender a esos grupos.

De esta forma, se crearon los Centros de Bienestar IMSS-SOLIDARIDAD, modalidad de extensión creada en coordinación y apoyo del Programa Nacional de Solidaridad.

En el desarrollo de la fase piloto de estos Centros se logró, entre 1991 y el primer semestre de 1992, implementarse en Chalco y Chimalhuacán en el Estado de México; Tuxpan y Angangueo en Michoacán; Tapachula en Chiapas; Mérida, Yucatán; Acapulco, Guerrero y Tulancingo, Hidalgo.

En todo el proceso se promovió la participación comunitaria, piedra angular del modelo para atender a grupos urbanos marginados en el que, partiendo de un diagnóstico social y de salud de la comunidad, se identificaron sus problemas, necesidades, intereses y expectativas.

A partir de ese diagnóstico, se definieron los principales aspectos de trabajo a desarrollar conjuntamente en la comunidad, los cuales quedaron plasmados en un programa de actividades.

Partiendo y coincidiendo con algunos organismos internacionales como es el caso de la Organización Mundial de la Salud que define a la participación comunitaria como: “El proceso por el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad”, los medios teóricos que

sustentaron este trabajo fueron los referentes a las comunidades, la organización, participación comunitaria y la identidad de los Centros.

En este sentido, el estudio pretendió ser analítico y descriptivo. Se realizó en los Centros de Bienestar IMSS-SOLIDARIDAD, considerados de mayor y menor participación, reportados por las delegaciones del Instituto a través del sistema de Información de Prestaciones Sociales, los cuales fueron los siguientes: Acapulco, Guerrero; Mérida, Yucatán; Tapachula, Chiapas y Tulancingo, Hidalgo.

De esta forma, el estudio se realizó durante los meses de abril y mayo de 1993. En todos los casos participé conjuntamente con los sociólogos Miguel Angel Velarde y Luis Márquez Bohor, quienes laboramos en el Area de Bienestar Comunitario. Asimismo, con personal de trabajo social de las localidades en donde se llevó a cabo la investigación para efectuar el trabajo de campo.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE CAMPO

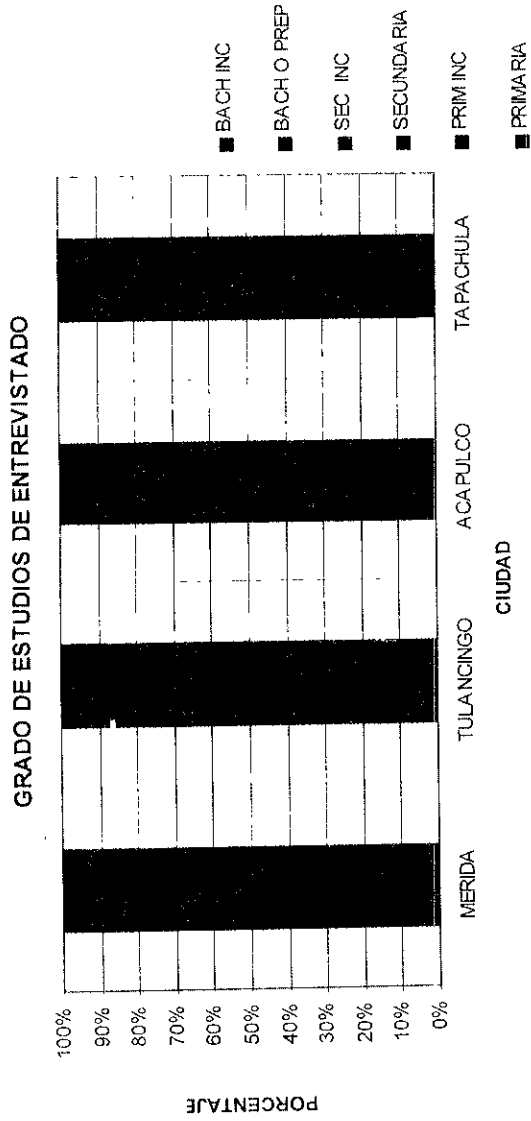
Las colonias en donde se localizan los Centros de Bienestar IMSS-SOLIDARIDAD (CBIS), carecen en gran medida de satisfactores ambientales básicos como agua potable, drenaje, pavimentación, etc. que con la guía para seleccionar comunidades urbano marginadas, instrumento elaborado en esta área (29), se logró ubicar a los Centros, aunque al volver a aplicar esta guía, se pudo comprobar que en las mencionadas ciudades en donde se encuentran los CBIS investigados que son: Tapachula, Acapulco, Mérida y Tulancingo. Esta situación ha comenzado a cambiar debido a que les están introduciendo servicios, básicamente pavimentación y drenaje, probablemente porque los CBIS han servido de agentes generadores del cambio, ya que existe mayor organización de la comunidad en torno a los Centros.

La población estudiada se caracteriza por bajos ingresos y escaso nivel escolar, ya que el 65% de las familias entrevistadas tienen percepciones que fluctúan entre uno y dos salarios mínimos y un 25% obtiene tres salarios mínimos ubicados en el sector terciario (75%). El 55% de los entrevistados son familias de entre tres y siete miembros, este tabulador es del 80% en Mérida. El 22% son familias de uno a tres miembros; hay que considerar que más del 80% de las entrevistadas son del sexo femenino y poco más del 50% tienen entre 15 y 25 años, pero en Mérida varía un poco, ya que el 27% son del sexo masculino. Por lo que respecta al nivel educativo el 30% terminó la primaria, en Mérida ocupa el 47%, otro porcentaje importante es de quienes no terminaron la primaria; fluctúan entre el 15 y el 30%. (Ver gráfica 5)

(29) Ver anexo 3

GRAFICA 5

GRADO DE ESTUDIOS DEL ENTREVISTADO



Fuente: Elaborad a partir de datos obtenidos en la cédula aplicada en la investigación

En lo que concierne al mayor grado de estudios, los porcentajes son muy bajos.

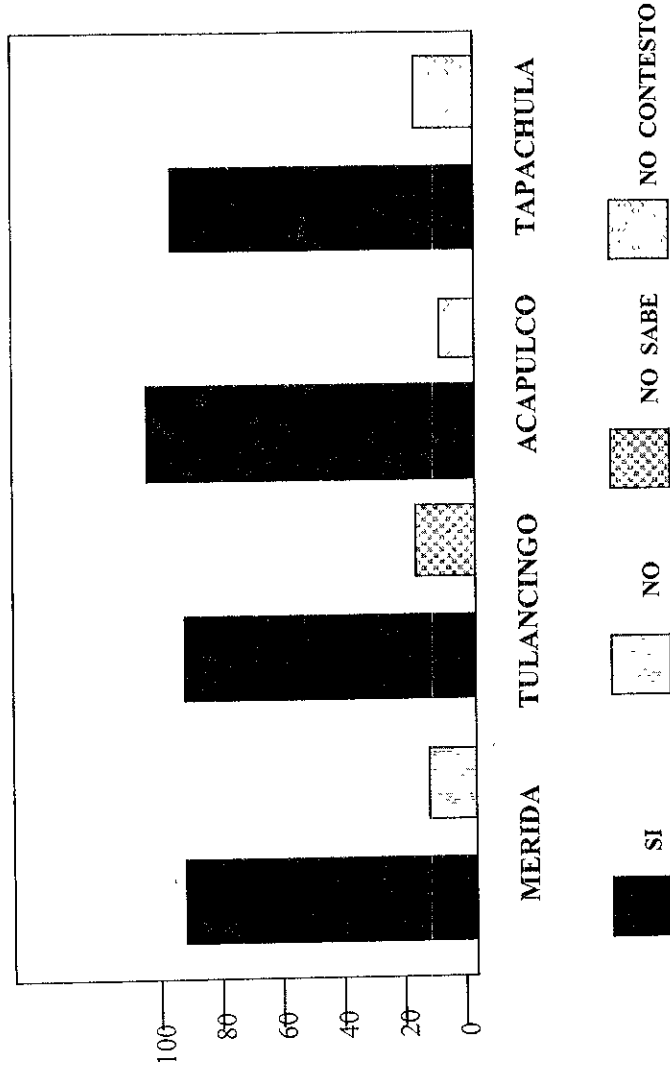
En las cuatro ciudades reciben los servicios del CBIS por una idea generalizada de que son servicios expresamente para la familia y la mujer es la encargada del hogar, además de que el hombre sale a trabajar todo el día, aún así en Yucatán hay una presencia mayor del hombre en los trabajos domésticos.

La mayor parte de los entrevistados viven en las cuatro comunidades, cerca del CBIS, y vivían en otra colonia del mismo municipio. El 24% corresponde a población asegurada.

Las cifras son respecto al conocimiento del programa por parte de la comunidad, ya que se desconoce quien decidió instalar el Centro en el lugar, excepto en Mérida que sí saben. Además afirmaron que los líderes se han elegido por la decisión de la comunidad. El 67% dijo que no saben quienes integran el Comité de Solidaridad, en Yucatán el desconocimiento es menor. La comunidad entrevistada no sabe qué actividades se realizaron para la construcción del Centro. Aquí se demuestra que hubo deserción de la gente que participó en esa labor.

Todos los entrevistados coincidieron en que el Centro de Bienestar IMSS-SOLIDARIDAD es "UTIL", aunque la mayoría mencionó "NO SABER" cuáles son los problemas para lograr que la comunidad participe. Los pocos que contestaron coincidieron en que hace falta organización y mayor promoción de los servicios. (Ver gráfica 6)

**PARTICIPACION COMUNITARIA
CONSIDERAN CBIS UTIL**



Fuente: Cédula de Investigación

CONCLUSIONES Y ACCIONES A DESARROLLAR

Con las interrogantes que se plantean en el diseño de la investigación se encontró que la comunidad participó con diferentes actividades, principalmente, durante la construcción de los Centros. El mayor grado de participación se dió en el CBIS de Mérida, en donde ya había una organización previa, a cargo de una líder muy participativa del Centro en donde los indicadores de Bienestar son mejores que en las otras tres comunidades. También se encontró que hay mayor participación del hombre, no sólo de las mujeres. A pesar de que el Centro se construyó con premura debido a aspectos políticos y se contrató a una empresa privada, dada la organización previa, la comunidad participó llevando comida, agua, arena, etc. No obstante, la participación decayó debido a que la líder del lugar se desplazó a otras esferas políticas, además de que el personal institucional que se contrató en el lugar no reúne el perfil del puesto ni tiene interés por el trabajo. Estos factores son los que han hecho que deserte la gente y se pierda el interés por la participación comunitaria.

Tulancingo participó también activamente (menos que Mérida); aún existen más características tradicionales con indicadores bajos de Bienestar. También existía una organización previa con menor poder de convocatoria que en Mérida, la comunidad se abocó principalmente a reunir fondos para la adquisición del terreno con varios líderes al frente del Comité de Solidaridad, pero con diferencias políticas entre ellos, lo que ha afectado la participación de la gente. El líder de la colonia y presidente del Comité de Solidaridad tuvo diferencias con el personal institucional, debido a su intención de dirigir el Centro y manejar un presupuesto irreal de \$ 5,000.00 mensuales. El personal que dirige el centro es voluntario ya que no tiene un salario autorizado, la falta de capacitación, no conoce la filosofía de la participación

comunitaria, lo que acelera en el disgusto de los socioalumnos para realizar actividades de limpieza en el Centro. También, encontramos que la participación ha tenido un carácter eventual o coyuntural, ya que la gente que participó en el período de la construcción desertó quizá por las diferencias entre los líderes y la falta de una conducción, que aunque ha sido entusiasta, no ha sido bien encauzada.

Acapulco presenta menor participación que los anteriores; comenzó participando en forma activa, principalmente, con recursos económicos para pagar a peones para que trabajaran en la construcción del CBIS, y con apoyo económico del Ayuntamiento y de otras instituciones. El líder en ese lugar, no muy bien aceptado, para la comunidad, obtuvo la ayuda económica mencionada. También intentó dirigir el Centro para manejar el presupuesto que se esperaba obtener, pero como esto no se concretó, simplemente se alejó del CBIS. En la Colonia en donde se ubica el Centro existen diferencias partidistas muy marcadas que divide a la comunidad, esto es un freno a la participación comunitaria. En este Centro se contrató a dos médicos muy entusiastas que en la operación obtuvieron muy buenos resultados al inicio, sólo que al no haber presupuesto para pagarles, se retiraron y todo el trabajo se malogró.

En Tapachula, se encuentra el Centro con menor participación que los anteriores y los indicadores de bienestar más bajos. El Centro es una adaptación de un deportivo abandonado, propiedad del municipio que lo cedió al IMSS en comodato. Hubo una mala organización de la comunidad con líderes poco comprometidos quienes iniciaron actividades, pero cuando se dieron cuenta de que no habría ganancias personales, (así lo manifestaron los entrevistados) se retiraron de la empresa, dejando a la deriva la construcción del Centro. El Comité nuevo lo formaron personas de la comunidad que no son líderes y con poco conocimiento del manejo de grupos. El

proceso se dió a la inversa, la participación ha venido de menos a más debido también a que el personal institucional encargado, a pesar de no tener los estudios sobre organización comunitaria, se ha capacitado y dirige el Centro con mayor conocimiento que los tres anteriores.

Los informantes clave mencionaron que los complicados trámites administrativos y la tardanza en la autorización de los recursos, lograron períodos de inactividad que se desalentó la participación de la comunidad y porque se prestó en la desconfianza y desmovilización de los grupos.

El nivel socioeconómico de la población es importante para que la comunidad participe, aunque la institución no esté abocada a esa labor específica, se requiere de una mejor organización en actividades que colaboren con el gasto familiar. Es recomendable para dar mayor oportunidad a elevar mejores niveles de vida y propiciar una participación comunitaria mayor.

Se detectó una falta de información sobre el programa por parte de la comunidad, e hizo necesario instrumentar estrategias encaminadas a informar y capacitar ampliamente a los grupos sociales sobre la filosofía de la participación comunitaria.

El personal institucional encargado de dirigir al Centro debe llenar el perfil del puesto y debe capacitarse continuamente en los aspectos comunitarios, manejo de grupos, liderazgo, organización, etc.

Es necesario un acercamiento a los líderes mejor aceptados en la comunidad y capacitarlos, adiestrarlos o informarlos sobre la filosofía del programa.

Evitar el paternalismo, no imponiendo los lugares en donde se instalen los Centros, buscando un mecanismo más democrático de elección, a menos que las comunidades se involucren directamente en todos los aspectos de participación. Los beneficios pueden ser muy difíciles de alcanzar en las condiciones de subdesarrollo de nuestro país.

Hay que intensificar la participación del hombre en esas actividades, ya que se comprueba que donde hay más presencia del sexo masculino, la participación comunitaria es mayor.

Se requiere también realizar análisis de la población sobre su problemática y sus posibles alternativas de solución y darle a la participación comunitaria la importancia que ésta tiene por parte, tanto del personal institucional como voluntario.

CONCLUSIONES

El presente trabajo parte de la experiencia profesional concreta: la de desarrollar el conocimiento de un ámbito específico del desempeño laboral del Sociólogo, a partir del instrumental teórico y metodológico obtenido de la formación universitaria en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón y, posteriormente, de la práctica ocupacional; elaboración de mediciones, diagnósticos, análisis, proyectos y programas en el ámbito sectorial en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al respecto, propondría el siguiente análisis: la formación académica del Sociólogo egresado de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Aragón se considera buena; sin embargo, considero deberia consolidarse mediante la aplicación de un modelo que incluya durante la *formación profesional* en docencia, investigación y servicio, aspectos fundamentales para el ejercicio de aprendizaje, orientado al planteamiento y a la solución de problemas concretos en el contexto de su formación. Considerando la investigación como un complemento valioso y un apoyo necesario para la formación académica, vía los trabajos metodológicos y prácticas en el campo, el dominio de la investigación social permitirá al egresado elaborar un conjunto de instrumentos de trabajo, de marcos de referencia necesarios para las demás actividades como los estudios y los diagnósticos. En este contexto, el desarrollo de proyectos interinstitucionales entre organismos educativos como es el caso de la ENEP e instituciones descentralizadas del sector público, privado, de asistencia social, no gubernamentales, entre otros, retroalimentan vía los procesos educativos, creando de esta forma escenarios donde los problemas se presentan en toda su complejidad social, ponderando por supuesto la interdisciplina como requisito para el diseño de los proyectos de investigación. Esta metodología de trabajo que se ha constatado,

tiene un impacto favorable entre la población pues se establece un nivel de confianza mayor para decidir niveles de compromiso y formas de apoyo ante programas de atención y desarrollo comunitario, resaltando así el compromiso del Sociólogo de promover el cambio social.

Existen factores que limitan el ejercicio profesional del Sociólogo en las instituciones gubernamentales, tales como la falta de voluntad política para generar cambios, la falta de comprensión a recomendaciones y sugerencias, problemas de presupuesto, dificultades para la instrumentación de acciones al no tener clarificadas estrategias a seguir, etcétera.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social si bien han existido o existen algunas áreas dedicadas a la investigación, como es el caso en cuanto a área formal de investigación y enseñanza de mayor trascendencia destacan los servicios médicos. Incluso al Instituto se le identifica como un organismo meramente médico y no social.

A este respecto, cabe señalar que muchas de las recomendaciones y estrategias formuladas no son tomadas en cuenta, dado que no existe voluntad política para realizar modificaciones.

En la actualidad, en el Area de Prestaciones Sociales la investigación social no se ha convertido en un procedimiento habitual que utilice la administración para la planeación de sus programas, es decir, no se ha institucionalizado. Ello se debe a las siguientes razones:

- a) La realización de estudios de comunidad se concibe como una función desconcentrada
- b) Existe debilidad como grupo de investigadores
- c) Falta de formación en ciencias sociales en un sin número de profesionistas o técnicos de otras áreas

Se puede afirmar también que si bien, en las instituciones públicas no hay interés por el desarrollo de la Sociología, los sociólogos que trabajamos en ellas sí estamos interesados en aplicar la Sociología. Sin embargo, habrían que vencer algunas resistencias y vincular al profesionista de la Sociología cuyo campo de trabajo es el sector público, con otro tipo de sociólogos (investigadores, docentes, etc.).

Es pues una situación real la desvinculación de la ENEP y otras facultades con los posibles centros de trabajo del egresado, ello impide que los futuros profesionistas conozcan las posibilidades de la investigación aplicada.

La desvinculación puede deberse a estas situaciones:

- a) La administración pública trata de evitar la crítica; los cuestionamientos que podrían darse, como sucede frecuentemente, subutilizan al estudiante o pasante como mero tabulador de datos o ayudante ocasional.
- b) Los estudiantes y profesores pretenden aplicar modelos teóricos muy rígidos, y la administración pública se inclina por el extremo.

- c) Se concibe de antemano al investigador que labora en instituciones públicas como desvinculado de la ciencia, de la teoría y sin consciente crítica. También algunos funcionarios públicos encuentran al estudiante, politizando en exceso, etc.

Con base en lo anterior, considero que deberían enfatizarse en el Plan de Estudios de la carrera, de sociología materias como métodos de investigación, taller de investigación, manejo de paquetes de computación aplicada a las ciencias sociales. Así también, se hace necesario vincular a la ENEP con otras instituciones educativas, públicas con el propósito de que el sociólogo vincule la teoría y práctica. No se trata, obviamente, de restar la posibilidad de hacer sociología crítica y comprometida, sino que además de esta característica, el egresado proporcione recomendaciones fácilmente digeribles y aplicables a las necesidades de la comunidad, cumpliendo de esta forma el compromiso de contribuir con el mejoramiento de la sociedad.

Por otra parte, la siguiente reflexión se deriva de mi actividad como promotor social, es decir, de la formulación y elaboración de programas para el desarrollo social y buscar la “solución” de problemas sociales del país.

Los servicios de Prestaciones Sociales viven en la actualidad, una de las etapas más críticas en su evolución, es decir, aun cuando los servicios son todavía atractivos para la población, los programas deben ser revisados para actualizarlos y responder a las necesidades del momento.

En la medida que los programas de diversas instituciones que tienen como fin el bienestar social, se han convertido en un conjunto de acciones dispersas, sin

objetivos ni estrategias precisas, traducándose en procesos burocráticos indiscriminados, o bien, espacios partidistas que so más sensibles a las presiones de los grupos de poder establecidos, que a las reivindicaciones de las capas populares marginadas, coincidiendo con otros investigadores en este ámbito de acción. Del mismo modo, las instituciones de Seguridad Social resienten gravemente en lo financiero los efectos de la crisis, al soportar las consecuencias de la política neoliberal al reducir al mínimo las prestaciones de todo tipo, que proporcione liquidando. Así el pacto social pos-revolucionario traducándose en la eliminación de subsidios, disminución de inversiones sociales. Hoy día, factores están impidiendo satisfacer necesidades de millones de mexicanos. Este desfinanciamiento de los esquemas de Seguridad Social, no escapa el aspecto de salud ya que la no pertenencia al régimen de Seguridad Social, se traduce en más daños a la salud, no sólo potenciales sino reales para quienes no están afiliados a instituciones de salud.

Con base en los tres estudios realizados en la Coordinación de Prestaciones Sociales, que se desarrollan con mayor detalle en el capítulo 3, se considera importante hacer los siguientes comentarios. Si bien en los estudios realizados en Iztapalapa y Guerrero se logró la aplicación de un programa de atención a la población marginada urbana cuyos objetivos se describen con anterioridad, en ambos casos ha venido funcionando el programa como prestación de servicios, no obstante, en la actualidad se desconocen los alcances y limitaciones del programa asimismo como ha beneficiado a la población, por lo cual existe una desvinculación en ambas experiencias. En lo que respecta al estudio exploratorio sobre la participación comunitaria se tiene un avance importante a partir de la constitución de un subcomité de participación comunitaria ya que este aspecto ha sido considerado una línea de acción de gran importancia para promover y apoyar toda acción de salud.

Con lo anterior, las perspectivas de realizar este tipo de estudios para desarrollar acciones dirigidas al bienestar es poco alentador, sin embargo, el área de bienestar comunitario considera que para lograr el bienestar social de la población es importante la participación popular y no sólo las acciones formales del estado de esta forma el área inicia la aplicación de la metodología de la investigación participativa ya que puede aplicarse en toda clase de estudios para solucionar problemas en las diferentes áreas de desarrollo, define el procedimiento y los instrumentos más adecuados para realizar investigaciones productivas en poblaciones marginadas o en las regiones más necesitadas de soluciones concretas y efectivas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Ander Egg, Ezequiel. Desarrollo de la Comunidad. Ed. Ateneo, México. 1982
- Baena Guillermina. Manual para elaborar Trabajos de Investigación Documental. Editores Mexicanos Unidos, México D.F., 1993
- Becerra de la Garza Raúl. La Enseñanza y Desarrollo del Estudio de la Sociología en México (FCPyS). Tesis Profesional, México. 1984.
- Civita César. Gran Historia Latinoamericana. La Aventura del Continente, Metropolis y Rancherías. Abril Educativa y Cultural, Buenos Aires, Argentina 1974.
- Esping-Andersen. Políticas Against Markets. Princetan University Press, 1985.
- Galeana de la O. Silvia. Modelos de Promoción Social. Ed. ENTS-UNAM, México, D.F. 1996
- Gallino Luciano. Diccionario de Sociología. Ed. Siglo XXI, 1995.
- García Gallaga Roberto. El Concepto Integral de la Seguridad Social y las Prestaciones Sociales o Complementarias. La Seguridad Social y el Estado Moderno. México. 1990. Eds. IMSS, ISSSTE y FCE.

Gastón Martínez Matiella. “Seguro Social, Seguridad Social y Solidaridad Social: Un punto de vista conceptual memoria”. II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social.

H. Mercado Salvador. ¿Cómo hacer una tesis?. Ed. Limusa. México, D.F. 1990.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuarenta Años de Historia 1943-1983. Dirección General, Jefatura de Publicaciones, México, 1993.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley de Seguro Social. Coordinación General de Comunicación Social, México, D. F., 1995.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Diseño de Investigación Social a Grupos Urbanos Marginados. Subdirección General de Prestaciones Sociales. México, D. F. 1990.

Laurell Asa Cristina. La Reforma del IMSS: Pieza clave del Proyecto Neoliberal. Revista El Cotidiano No. 78. Sept. 1996.

Laurell Asa Cristina. La Reforma contra la Salud y la Seguridad Social. Ed. Era. México. 1997.

Ortiz Wadymor, Arturo. Política Económica de México. 1982-1994, Dos Sexenios Neoliberales. México D.F. Ed. Nuestro Tiempo.

Vega Zapata Luis Carlos. Necesidades e Intereses de la Población en Monterrey, Guadalajara y la Delegación Benito Juárez del Distrito Federal. Tesis Profesional, México. 1987.

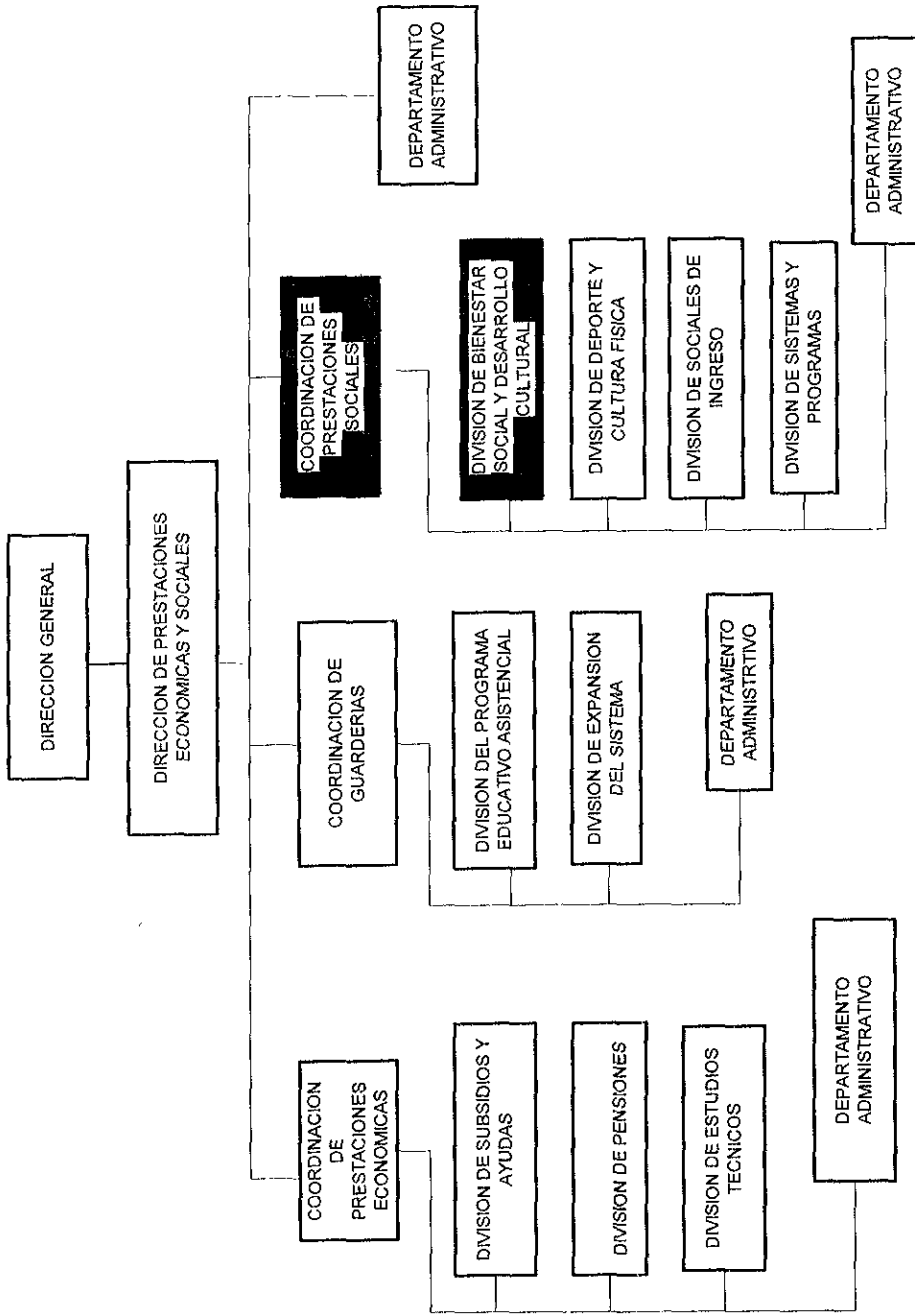
Ward Peter. Políticas de Bienestar Social en México. 1970-1989. Ed. Nueva Imagen. México. 1989.

Yopo Boris. Metodología de la Investigación Participativa. CREFAL, Michoacán, México. 1989.

A N E X O S

ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL

ANEXO 1



FUENTE: Manual de Organización
Coordinación de Prestaciones Sociales
Octubre de 1997

OCTUBRE, 1997.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
COORDINACION DE PRESTACIONES SOCIALES

CRITERIOS DE PRESUPUESTACION Y PROGRAMACION

1998

ANEXO 2

FUENTE: Coordinación de Prestaciones Sociales
Octubre de 1997

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
COORDINACION DE PRESTACIONES SOCIALES

ESTRUCTURA PROGRAMATICA 1998

PROGRAMA SUSTANTIVO: CULTURA PARA LA SALUD

OBJETIVO: Promover y difundir conocimientos relativos a la salud, la educación higiénica, materno-infantil, sanitaria y de primeros auxilios.

1. PROGRAMA INSTITUCIONAL DE FOMENTO A LA SALUD

OBJETIVO: Mejorar la calidad de vida de la población, mediante la distribución y estimación de los factores de riesgo.

CURSOS	CAMPANAS	PLATICAS	SERVICIOS	EVENTOS
<p>NIVEL BASICO</p> <ul style="list-style-type: none"> Invasión deportiva Acondicionamiento físico <p>NIVEL ESPECIALIZACION</p> <ul style="list-style-type: none"> Atletismo Beisbol Voleibol Natación Fútbol soccer Aerobic Opodun local 	<ul style="list-style-type: none"> Higiene personal Vacunación Rehidratación oral <p>CAMPANAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Pintado de bardas y muros Salud Materno Infantil Planificación Familiar Salud mental Higiene personal Prevención de enfermedades Prevención de accidentes en el hogar, escuela, trabajo y vía pública. 	<ul style="list-style-type: none"> Salud materno infantil Planificación familiar Educación sexual Salud mental Higiene personal Prevención de enfermedades Prevención de accidentes en el hogar, escuela, trabajo y vía pública. Primeros auxilios Ejercicio y salud Orientación Nutricional para Escolares. 	<ul style="list-style-type: none"> Detección de casos de riesgo o daño crónico-degenerativo Identificación de factores de riesgo Prácticas artísticas en estancia infantil Actividades plásticas en estancia infantil Educación física a menores de 6 años en estancia infantil Actividades recreativas en estancia infantil Formación de hábitos higiénicos en estancia infantil Salas de lectura y videotecas Educación Física en Guarderías IMSS 	<p>TALLER</p> <ul style="list-style-type: none"> Cocina para Dieta Escolar

2. ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

OBJETIVO: Brindar atención integral al adolescente, favoreciendo su desarrollo físico y social así como mejorando su salud sexual y reproductiva.

CURSOS	PLATICAS	SERVICIOS	EVENTOS
<ul style="list-style-type: none"> Educación Sexual y Prevención del SIDA. Capacitación Extra-institucional 	<p>PLATICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual Educación sexual al Adolescente 	<p>SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Formación de grupos de autoayuda para adolescentes Juego "Aprendiendo a Vivir" 	<p>EVENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Olimpiada juvenil Campamentos Técnico Deportivos Excursiones

3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARRÉICAS CON ÉNFASIS EN COLETA

OBJETIVO: Prevenir y disminuir las tasas de enfermedades diarreicas y cólera.

PLATICAS	CAMPANAS	SERVICIOS
<ul style="list-style-type: none"> Control y eliminación de fauna roedora Eliminación de excretas y basura Tratamiento del agua para el consumo humano Procesamiento de desechos orgánicos e inorgánicos Manejo ambiental ecológico y del Medio Ambiente 	<p>CAMPANAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Eliminación de fauna roedora Eliminación de excretas y basura Forestación y reforestación Procesamiento de desechos orgánicos e inorgánicos Opción Local 	<p>SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Pintado de Bardas y Muros para el Saneamiento Ambiental.

4. PREVENCIÓN DE ADICCIÓNES

OBJETIVO: Contribuir a la disminución de los riesgos y daños a la salud por sustancias adictivas.

PLATICAS	SERVICIOS	CAMPANAS
<ul style="list-style-type: none"> Prevención del Alcoholismo Prevención del Tabaquismo Prevención de la Farmacodependencia 	<p>SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupos de Autoayuda A.A. 	<p>CAMPANAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevención del Alcoholismo Prevención del Tabaquismo Prevención Farmacodependencia

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
COORDINACION DE PRESTACIONES SOCIALES
ESTRUCTURA PROGRAMATICA 1998

PROGRAMA SUSTANTIVO: CONTRIBUCION AL BIENESTAR SOCIAL

OBJETIVO: Mejorar la alimentación y la vivienda, impulsar y desarrollar actividades culturales, deportivas y lúdicas, las que permitan una mejor adaptación del tiempo libre.

1. RECREATIVO CULTURAL OBJETIVO: Promover el reconocimiento y el fortalecimiento a distintas manifestaciones culturales que propicien la recreación, creación y acceso por el patrimonio cultural.		
CONFERENCIAS <ul style="list-style-type: none"> • Artísticas culturales • EXPOSICIONES • Artes plásticas y visuales • Artesanías y nacimientos • Ofrendas y nacimientos 	EVENTOS MUESTRAS ARTISTICAS <ul style="list-style-type: none"> • Teatro • Música instrumental y vocal • Artes plásticas • Danza contemporánea • Danzas y bailes tradicionales • Bailes de salón FESTIVALES <ul style="list-style-type: none"> • Internacional del Títere • Efemérides • Abril el niño en las artes 	TEATRO <ul style="list-style-type: none"> • Teatro profesional • Teatro infantil • Teatros para la comunidad teatral • Circuitos artísticos • Presentaciones diversas • Teatro Escolar
CONCURSOS Y PROMOCION DE TRADICIONES <ul style="list-style-type: none"> • Artes plásticas y visuales • Artesanías • Ofrendas y nacimientos • Papalotes • Opción Local 	TALLERES <ul style="list-style-type: none"> • Ecología • Excursionismo y visitas • Artísticos culturales • Vacacionales • Opción local 	

2. MEJORAMIENTO DE LA ALIMENTACION OBJETIVO: Promover en la población la modificación de su dieta hacia patrones más nutritivos y del mayor costo de abasto a la región en que habitan.	CURSOS <ul style="list-style-type: none"> • Cocina • Conservación de alimentos • Huertos familiares TALLERES <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de alimentos para diabéticos • Preparación de alimentos para hipertensos PLATICAS <ul style="list-style-type: none"> • Manejo y conservación de alimentos
---	---

3. MEJORAMIENTO DE LA VIVIENDA OBJETIVO: Impulsar acciones de mejoramiento de las condiciones de vivienda y actividades que promuevan el bienestar en el hogar.	CURSOS <ul style="list-style-type: none"> • Blancos • Reparación de aparatos electrodomésticos • Instalaciones eléctricas • Instalaciones de agua y gas • Opción local
---	---

4. FORMATIVO ARTISTICO ARTESANAL OBJETIVO: Promover el desarrollo de las capacidades creativas, intelectuales y de conocimientos y técnicas básicas en disciplinas artísticas y artesanales.	CURSOS ARTESANAL EN <ul style="list-style-type: none"> • metal • madera • textil • piel • vidrio • arcilla • Artesanía local Teatro <ul style="list-style-type: none"> • Bailes de salón • Danza contemporánea • Danza y bailes tradicionales • Música instrumental y vocal • Artes plásticas y visuales • Opción local
--	--

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES
 COORDINACION DE PRESTACIONES SOCIALES
ESTRUCTURA PROGRAMATICA 1998

PROGRAMA SUBSISTIVO SUPERACION DEL NIVEL DE VIDA
OBJETIVO: Fortalecer el desenvolvimiento técnico y de capacitación para el trabajo, fomentar un adecuado aprovechamiento de los recursos humanos en el hogar y abroad el país, adquirir el salario de los trabajadores mediante los servicios de "Talleres", "Valetones" y Centros Vocacionales.

<p>1. PROTECCION Y MEJORAMIENTO DE LA ECONOMIA FAMILIAR OBJETIVO: Propiciar condiciones y desarrollar habilidades que permitan mejorar y elevar el ingreso familiar.</p>		
<p>CURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belleza e higiene personal • Corte y confección • Panadería • Repostería • Conservación de alimentos • Juguetería y decoración • Tejido • Tartería española • Formación y actualización de personal voluntario (monitores, promotores, y brigadistas). • Opción Local 	<p>SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación a pensionados • División de descuentos, preferenciales y prerrogativas para pensionados • Asesoría para la formación de grupos de suministro • Formación de grupos de suministro • Formación de grupos de autogestión • Formación de bolsa de servicios • Grupos de compras en común 	<p>CAMPAÑAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regularización del Estado Civil
<p>2. ABASTECIMIENTO TECNICO Y CAPACITACION PARA EL TRABAJO OBJETIVO: Desarrollar habilidades técnicas y operativas de especialistas, técnicos y asociados con miras a su integración al mercado laboral e al subempleo.</p>		
<p>CURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rama restaurantera y gastronómica • Rama hotelera • Taquígrafía • Mecanografía • Computación • Carpintería • Reparación de aparatos electrodomésticos e instalaciones eléctricas • Instalaciones de agua y gas • Opción local 		

<p>3. FOMENTO EDUCATIVO OBJETIVO: Contribuir a la regularización de la educación básica y preparatoria abierta.</p>
<p>CURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alfabetización • Regularización a la educación básica • Preparatoria abierta • Idiomas

<p>4. APOYO AL MEJOR APROVECHAMIENTO DEL SALARIO DE LOS TRABAJADORES OBJETIVO: Contribuir a elevar e poder adquisitivo de los salarios de los servicios de Turismo, Vacaciones y Centros Vocacionales.</p>
<p>COMPRA-VENTA DE MERCANCIA EN TIENDAS IMSS-SNTSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venta de artículos de canasta básica y de línea • Venta de artículos de temporada. <p>ATENCIÓN A LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE VELATORIOS IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capilla en velatorio • Velación en domicilio • Servicio directo • Traslados oficiales • Traslados nacionales e internacionales • Previsión funeraria <p>ATENCIÓN A LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE TURISMO SOCIAL EN CENTROS VACACIONALES IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospedaje • Bañeario • Campamento

GUIA DE SELECCION DE COMUNIDADES URBANAS MARGINADAS

IDENTIFICACION

Fecha de recorrido (1) _____

Localidad(2) _____

(3)

Distancia del Centro de Seguridad Social a la Comunidad (4) _____

Nombre (5) _____

Delegación (6) _____

Centro de Seguridad Social (7)

(8)

(9)

FUENTE: Elaboró Area de Bienestar Comunitario
Septiembre de 1994

GUIA DE SELECCION DE COMUNIDADES URBANAS MARGINADAS

		Valores:		
		2	1	0
1.	MEDIO FISICO NATURAL.	Si	Parcial	No
	Faltan áreas verdes	()	()	()
	Faltan árboles	()	()	()
	Aire contaminado	()	()	()
	Suelo contaminado	()	()	()
2.	VIVIENDA.			
	Proceso constructivo inconcluso	()	()	()
	Materiales no duraderos en techos	()	()	()
	Materiales no duraderos en paredes	()	()	()
	Materiales no duraderos en pisos	()	()	()
3.	INFRAESTRUCTURA.			
	Falta res agua potable	()	()	()
	Falta drenaje y alcantarillado	()	()	()
	Falta pavimento	()	()	()
	Falta alumbrado público	()	()	()
4.	RIESGO Y VULNERABILIDAD.			
	Derrumbes	()	()	()
	Inundaciones	()	()	()
	Grietas	()	()	()
	Viviendas en cerro	()	()	()
	Viviendas en lecho de río	()	()	()
	Viviendas en calles a desnivel	()	()	()
	Telarañas eléctricas	()	()	()
	Peligro de incendio	()	()	()
5.	SUELO			
	Tenencia irregular	()	()	()
	Accidentes topográficos	()	()	()
6.	VIALIDAD Y TRANSPORTE.			
	Tapones viales	()	()	()
	Traza urbana no planificada	()	()	()
	transporte insuficiente	()	()	()

GUIA DE SELECCION DE COMUNIDADES URBANAS MARGINADAS

		Valores:		
		2	1	0
7.	EQUIPAMIENTO URBANO.	si	Parcial	No
	Ausencia de parques recreativos	()	()	()
	Ausencia de espacios culturales	()	()	()
	Ausencia de instalaciones médicas	()	()	()
	Ausencia de mercados	()	()	()
	Ausencia de escuelas	()	()	()
8.	SISTEMA DE VIVIENDA.	Valor		
	Ciudad perdida	5	()	()
	Colonia de paracaidistas	4	()	()
	Vecindades en mal estado	3	()	()
	Colonia proletaria	2	()	()
	Unidad habitacional	1	()	()
9.	ORGANIZACION SOCIAL.			
	Ausencia de asociaciones de colonos	()	()	()
	Total de puntos:	—	—	—
9. Bis	ORGANIZACION ECONOMICA.	Existente	Pequeña	sin
		Si	impulso	Problemas
	Forrajes y alim. balan.	()	()	()
	Cría de aves de corral	()	()	()
	Cría de animales	()	()	()
	Producción de miel	()	()	()
	Arboles frutales	()	()	()
	Cultivo de nopal	()	()	()
	Cultivo de hortalizas	()	()	()

GUIA DE SELECCION DE COMUNIDADES URBANAS MARGINADAS

ACTIVIDADES ECONOMICAS. . .	Existente		Pequeña sin		Problemas
	Si	No	Grupos	impulso	
Servicios hoteleros, limpieza, jardinería, otros	()	()	()	()	
Empleo formal en hoteles y restaurantes	()	()	()	()	
Elaboración ladrillos y blocks	()	()	()	()	

10. **VOLUMEN DE POBLACION.** _____

11. **TOTAL DE VIVIENDAS.** _____

12. **NUMERO DE MANZANAS.** _____

13. **ORIGEN DE LA COLONIA** _____

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| A) Invasión | B) Zona Ejidal |
| C) Colonia popular | D) Colonia proletaria |

14. **ANTIGUEDAD DE LA COLONIA.** _____

- | | |
|------------------|--------------------|
| A) 20 años y más | D) 5 a 9 años |
| B) 15 a 19 años | E) menos de 5 años |
| C) 10 a 14 años | |

15. **PROCESO DE DESARROLLO URBANO.**

16. **PROBLEMAS SOCIALES.**

- | | |
|---------------|---------------------------|
| - Alcoholismo | - Farmacodependencia |
| - Asaltos | - Robos |
| - Vandalismo | - Violaciones |
| - Riñas | - Conflicto entre colonos |

T o t a l e s : _____

GUIA DE SELECCION DE COMUNIDADES URBANAS MARGINADAS

REPARACION Y/O SERVICIO	Existente		Pequeña sin		Problemas
	Sí	No	Giros	impulso	
Mecánica automotriz	()	()	()	()	
Hojalatería y pintura	()	()	()	()	
Alineación y balanceo	()	()	()	()	
Frenos y clutches	()	()	()	()	
Eléctricos y automotrices	()	()	()	()	
Embobinados de motores	()	()	()	()	
Reparación aparatos electrodomésticos	()	()	()	()	
Albañilería	()	()	()	()	
Instalaciones sanitarias	()	()	()	()	

MANUFACTURA.

Artesanías diversas	()	()	()	()	
Fabricación Alim. (pan)	()	()	()	()	
Fabricación Alim. (galletas)	()	()	()	()	
Fabricación Alim. (dulces)	()	()	()	()	
Fabricación Alim. (merm.)	()	()	()	()	
Fabricación Alim. (conservas)	()	()	()	()	
Artículos de piel	()	()	()	()	
Fabricación de calzado	()	()	()	()	
Fabricación de muebles	()	()	()	()	
Lácteos y derivados	()	()	()	()	

COMERCIO.

Venta de artículos varios	()	()	()	()	
Reciclaje de vidrio	()	()	()	()	
Reciclaje de basura	()	()	()	()	
Farmacias	()	()	()	()	
Tiendas	()	()	()	()	
Lecherías	()	()	()	()	

ACTIVIDADES ECONOMICAS FACTIBLES EN LA ZONA

Elaboración de jabón	()	()	()	()	
Maquila de algún producto (toallas, uniformes, overoles, jergas, sabanas, cortinas, etc)	()	()	()	()	