

01521
54



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**INVESTIGACION SOCIAL: UNA EXPERIENCIA
DESDE EL SERVICIO SOCIAL**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**INFORME DE SISTEMATIZACION DEL SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTAN:**

CRISTINA LOPEZ FLORES

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
DRA. MARÍA DEL ROSARIO SILVA ARCINIEGA**



MEXICO, D.F.

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PAGINACION

DISCONTINUA

*Doy gracias a Dios por ayudarme a
convertir este sueño en realidad.*

*Agradezco profundamente a mis padres:
Sr. Leoncio López Martínez y
Sra. Josefina Flores Viveros
por todo el esfuerzo que hicieron para darme
una carrera y sobre todo por el apoyo que me
han brindado aún estando casada. Muchas
gracias por cuidar a mis hijos mientras
realicé este trabajo, sé que nunca podré
pagarles todo lo que han hecho por mí.*

Los quiero mucho.

*Gracias a mi esposo José Luis Alcántara Pérez
por su apoyo para terminar este proceso. Gracias
a mis hijos Uriel y Daniel por permitirme tomar
un tiempo que antes sólo les dedicaba a ustedes.*

Los amo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Gracias a mis hermanos Patricia y José Luis
por el interés que han mostrado en la realización
de este trabajo y durante toda mi vida, gracias por
ser como son y sobre todo, gracias ser mis hermanos.*

Los llevo siempre en mi corazón.

*Deseo agradecer a mi tutora
Dra. Ma. del Rosario Silva Arciniega
por el tiempo que dedicó a la revisión de este
trabajo, por su interés en que me titule y me siga
superando, por el apoyo incondicional que siempre me ha
demostrado, por sus consejos y por ayudarme a conseguir esta meta.*

Mil gracias.

*Gracias a Gabby, Miguel Angel y Ramón,
becarios de la Dra. Silva y compañeros míos,
por compartir sus conocimientos conmigo, sin
esperar nada a cambio, no los olvidaré.*

*Doy gracias a los jurados revisores, ya que sus
aportaciones contribuyeron a mejorar este trabajo,
gracias por compartir parte de sus conocimientos conmigo
Mtra. María Luisa Brain Calderón
Lic. Angélica Jacquelin Abrego
Mtra. Lilia E. Macedo de la Concha
Dr. José Luis Luna Aguilar*

INDICE

D

INDICE

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO 1. CONTEXTO GENERAL EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	1
1.1 Aspectos generales de la situación económica, política y social de México en el periodo que se desarrolló la experiencia	1
1.2 Disposiciones Constitucionales para la salud	11
1.3 Ley General de Salud	11
1.4 Contexto institucional	16
1.4.1 Escuela Nacional de Trabajo Social	16
1.4.2 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	21
1.4.3 Relación de la ENTS y el INER	26
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	28
2.1 Conceptualización de: perfil, social, perfil social, perfil socio-económico y estudio socioeconómico	28
2.2 Indicadores socioeconómicos	31
2.3 Indicadores socioeconómicos en el área de la salud	44
2.4 Trabajo social y el estudio socioeconómico	55
CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL. "INVESTIGACIÓN SOCIAL: UNA EXPERIENCIA DESDE EL SERVICIO SOCIAL"	58
3.1 Objetivos	60
3.2 Metas	60
3.3 Actividades realizadas	62
3.3.1 Investigación I "Una aproximación a la construcción de las teorías contemporáneas del trabajo social en la ciudad de México"	62
3.3.2 Investigación II "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER"	64
3.4 Resultados generales del proyecto	67
3.5 Alcances y limitaciones	69
CAPÍTULO 4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN	70
4.1 Conceptualización de la metodología de intervención	70
4.2 Metodología utilizada en la investigación "Perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, de enero a mayo de 2001"	76

4.2.1 Problema	76
4.2.2 Objetivos	76
4.2.3 Tipo de estudio	76
4.2.4 Muestra	77
4.2.5 Instrumento	77
4.2.6 Estadística	77
4.2.7 Procedimiento	77
4.3 Resultados	79
4.4 Análisis	105
4.5 Perfil socioeconómico	120
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA	122
5.1 Con relación al marco teórico conceptual	122
5.2 Con relación a la instrumentación y desarrollo del proyecto	124
5.3 Con relación a la metodología aplicada	126
5.4 Con relación a los efectos sociales del proyecto	129
CAPÍTULO 6. PROPUESTAS	131
CONCLUSIONES	142
BIBLIOGRAFÍA	144
ANEXOS	147



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En este informe de servicio social se presenta el desarrollo de la experiencia adquirida en el periodo del 2 de abril al 31 de octubre de 2001, en la Escuela Nacional de Trabajo Social, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para la integración del presente informe se utilizó como metodología base, el modelo de sistematización propuesto por el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS), haciendo las adecuaciones pertinentes de acuerdo con las características propias del informe.

En el servicio social se tuvo la oportunidad de participar en dos investigaciones:

- "Una aproximación a la construcción de las teorías contemporáneas del trabajo social en la Ciudad de México" y,
- "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER"

Las características de cada una de ellas forman parte del presente informe, sin embargo es conveniente mencionar aquí que de la primera investigación sólo se realizó revisión bibliográfica, cuyo producto fue un resumen de 138 páginas, mismas que no fueron incluidas en este informe. De la segunda investigación si se desarrolló un proyecto de investigación a través del cual se obtuvo un producto concreto que es el "Perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, de enero a mayo de 2001", de ahí que a lo largo del trabajo se dé mayor énfasis a esta investigación, realizando en el capítulo seis una conexión entre las dos investigaciones.

El trabajo consta de seis capítulos, en el primero de ellos se describe brevemente el contexto nacional e institucional en que se desarrolló la experiencia, siendo la ENTS – UNAM y el INER las instituciones involucradas en el proceso.

El segundo capítulo trata del marco teórico conceptual, que contiene la definición de los principales conceptos utilizados en el proyecto de investigación sobre el perfil socioeconómico, se exponen algunos indicadores socioeconómicos utilizados para conocer el desarrollo de una nación y los utilizados en el área de la salud, terminando el capítulo con una breve descripción histórica de la utilización del estudio socioeconómico por los trabajadores sociales.

En el tercer capítulo se describen las características del proyecto de servicio social, que son: Objetivos, metas, actividades realizadas, resultados generales, alcances y limitaciones.

El capítulo cuatro contiene la parte metodológica desarrollada que implica un apartado teórico en el cual se abordan los elementos que forman parte de la investigación social. Y un apartado operativo en el cual se aplica la metodología de la investigación, misma que permite obtener el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER.

El capítulo cinco trata del análisis de la experiencia con relación a los siguientes aspectos: Marco teórico; instrumentación y desarrollo del proyecto; metodología aplicada y, efectos sociales del proyecto.

En el capítulo seis se presentan las propuestas que surgieron una vez que se concluyó el proceso, en él se aborda el análisis comparativo con relación a los proyectos en que se estuvo inserto: "Una aproximación a la construcción de las teorías contemporáneas del trabajo social en la Ciudad de México" y "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER", mismo que permitió conocer la relación tan estrecha que hay en ambas investigaciones, así como la importancia de trabajar en la construcción de teoría en trabajo social.

CAPÍTULO 1

III

CAPÍTULO 1

1. CONTEXTO GENERAL EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

En el presente capítulo se describe brevemente la situación económica, política y social que se vivió en nuestro país, con el propósito de contextualizar el periodo en el cual se desarrolló la experiencia. Se presenta también el contexto institucional de la ENTS – UNAM y del INER.

1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA, POLÍTICA Y SOCIAL DE MÉXICO EN EL PERIODO QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Aspecto económico

Hablar de la situación económica que se vive actualmente en México implica, necesariamente abordar la globalización. Este es un tema controversial ya que para algunos autores la globalización de las economías es positivo para nuestro país, mientras que para otros no lo es. En lo que sí coinciden es en señalar que la globalización se practica desde hace muchos años, aunque el término como tal sea relativamente nuevo.

Como menciona Anda (1999) "comerciar con los vecinos es un ejercicio que data de hace muchos siglos y que al paso del tiempo se ha ido incrementando, sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial y más rápido aún en las últimas dos décadas por la globalización de las economías, que hace que el producto de un país no sólo compita con sus paisanos, sino que también con otros productores en el extranjero.

Los países han entendido que en el futuro del mundo aparecen cada vez con mayor intensidad la globalidad económica, la competitividad y la consecuente interdependencia, por ello se han ido organizando en bloques económicos." (Anda, 1999. pág. 57).

Velázquez (2001), en su artículo sobre la globalización, publicado en la revista *Vértigo*, señala que "el fenómeno conocido como globalización es un proceso iniciado hace muchos años, en el que inexorablemente se integran y complementan las economías de los países. Así, por ejemplo, en Detroit se diseña el motor de un automóvil, las partes de esa máquina se fabrican en México y finalmente las piezas se ensamblan en Guatemala. De esta manera los mercados se enlazan y las dificultades de los consumidores o los problemas de una empresa en Estados Unidos afectan a los empleados de Toluca. Por eso se ve que sucesos más allá del control de las fronteras nacionales impactan directamente a la gente. Y poco o nada pueden hacer los gobiernos locales. La globalización también

recrudece la competencia por los mercados, con resultados igualmente impredecibles para el común de los mortales, sólo los más aptos sobreviven. Y muchas veces la supervivencia implica realizar grandes alianzas entre empresas de un mismo país o de varias naciones, siendo los empleados los más afectados por estas circunstancias. Aún más, organismos como el Banco Mundial (BM) o el Fondo Monetario Internacional (FMI) presionan, en particular a las naciones subdesarrolladas, para acabar con los contratos colectivos y reducir a la mínima expresión las prestaciones a los trabajadores, como la capacitación o la seguridad médica. En este último caso la pretensión es sustituir la "medicina social" por un sistema de aseguramiento privado, costado exclusivamente por los empleados." (Velázquez, 2001. pág. 17-18).

El escritor Carlos Monsiváis entrevistado por Velázquez (2001), en el mismo artículo, opina que "el camino del libre mercado choca con el desarrollo de la democracia porque implica la hiperconcentración del capital. Vislumbra una esperanza para equilibrar las reglas del juego en los llamados globalifóbicos, quienes se constituyen en un movimiento político de envergadura, capaz de presionar un cambio en el curso que lleva la globalización. Dice Monsiváis que nadie puede estar en contra de la globalización porque es un hecho y va a continuar, de lo que sí se puede y se debe estar en contra y los globalifóbicos lo están, es del intento de que todo un proceso tecnológico, cultural y económico sirva sólo a unos cuantos." (Velázquez, 2001. pág. 19).

El economista y catedrático del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, Calva entrevistado también por Velázquez (2001), considera que "la situación económica que se vive en México es grave, pues el 75% de la población padece algún tipo de pobreza. Lo mismo en América Latina, donde los grupos muy pequeños de poder económico, que exageradamente llegan al medio por ciento de la población son los únicos beneficiarios de esas estrategias económicas de acumulación. Calva coincide con Monsiváis en el hecho de que la mayoría de quienes protestan contra el modelo de globalización no proponen el cierre de las puertas nacionales al comercio mundial, a los flujos de capital, tecnológicos o culturales. Están planteando instituciones reguladoras de la globalización, en forma tal que permitan a los países en desarrollo mayores márgenes de libertad para diseñar estrategias que les garanticen crecimiento económico acelerado y generación de empleos. También proponen instituciones para regular los flujos financieros internacionales, cuya interrupción tambalea las economías de los países menos desarrollados en cosa de horas." (Velázquez, 2001. pág. 23).

IMPACTO DE LA GLOBALIZACIÓN EN MÉXICO, DE ACUERDO CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

- En el Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006, se plantea que "la globalización comenzó mientras el país mantenía una estrategia de desarrollo hacia adentro. La incorporación tardía a los nuevos procesos, obligó a México a iniciar el cambio en la economía por medio de una rápida y profunda apertura unilateral y multilateral al comercio y a los flujos

financieros, por lo que no fue posible hacer ajustes progresivos ni aperturas negociadas." (P.N.D., 2001. pág. 29).

- El diagnóstico de la situación económica de México, de acuerdo con el mismo Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006, es el siguiente: "la economía mexicana ha adquirido una nueva fortaleza durante los últimos años. Un entorno macroeconómico de mayor certidumbre ha constituido el ambiente propicio para un crecimiento más sólido. Aunado a ello, la apertura a los flujos internacionales de comercio y de inversión brinda grandes oportunidades para transformar el crecimiento en un mayor bienestar." (P.N.D., 2001. pág. 101).
- Haciendo una remembranza de lo que ha sucedido en años anteriores, en el Plan (2001) se menciona que "luego de superar la intensa crisis de 1995, México ha mantenido una expansión prolongada, caracterizada por un elevado crecimiento económico, la ampliación de oportunidades de empleo, incrementos de productividad que han constituido la base de un aumento en las remuneraciones reales, una inflación a la baja, y también una mayor capacidad de enfrentar perturbaciones del exterior a un menor costo interno. Recientemente, la economía ha probado ser capaz de ajustarse, de manera ordenada, al ciclo económico mundial, moderando el empuje del gasto interno a las posibilidades de un entorno internacional de menor crecimiento." (P.N.D., 2001. pág. 101).
- "La inflación ha mostrado una tendencia descendente, que no solamente fue compatible con la expansión del producto y del empleo, sino que constituye una de las precondiciones que permitieron esa expansión. Un mayor ahorro interno ha sido complementado por un flujo elevado y estable de recursos externos de largo plazo. Una estructura más sana en el financiamiento del desarrollo le permite a la economía mexicana enfrentar hoy diferentes factores externos de inestabilidad de manera ordenada." (P.N.D., 2001. pág. 101).

A pesar de que la situación económica ha mejorado en los últimos años, en el mismo Plan (2001) se reconoce que "la posición actual de las finanzas públicas continúa siendo estructuralmente frágil y un lastre para un crecimiento más dinámico. Si bien el déficit financiero del sector público mejoró moderadamente durante los últimos años, un adecuado reconocimiento de los pasivos contingentes gubernamentales revela un déficit significativamente superior, situación que cuestiona la sustentabilidad de la actual estructura fiscal. Adicionalmente, la dependencia de los ingresos federales de recursos petroleros todavía representa uno de los principales riesgos para el desempeño económico a mediano plazo. Relacionado a ello, la productividad tributaria del sistema resulta insuficiente frente a las necesidades de financiamiento que exige el desarrollo." (P.N.D., 2001. pág. 101).

Lo que se propone en el Plan (2001) para acabar con las deficiencias severas del marco tributario vigente en materia de equidad y de eficiencia es "llevar a cabo una reforma profunda del marco impositivo que conduzca a la diversificación de los ingresos del sector público, aumentando el financiamiento por medio de recursos tributarios y reduciendo su volatilidad. Al mismo tiempo, debe buscarse una mezcla tributaria más conducente al crecimiento y al ahorro, con una estructura capaz de eliminar distorsiones sectoriales artificiales y de cerrar las fuentes de inequidad existentes." (P.N.D., 2001. pág. 102).

Para lograr el objetivo de conducir responsablemente la marcha económica del país, el Ejecutivo Federal pretende "promover una nueva hacienda pública, que plantea la adopción de un marco tributario eficiente, equitativo, moderno y competitivo; propone una reforma presupuestaria basada en la modernización del proceso presupuestal, a fin de garantizar un ejercicio más eficaz y transparente del gasto público, así como una reforma financiera que complemente la reforma tributaria en la promoción de la inversión productiva." (P.N.D., 2001. pág. 103).

Entre otras cosas, en la reforma fiscal a que se hace referencia anteriormente, se pretende imponer el IVA a alimentos, medicinas, transporte, libros y colegiaturas.

Esta situación desencadenó diversos comentarios, la mayoría manifestándose en contra de tal pretensión por las consecuencias que esto representaría. Tal es el caso de Julio Boltvinik Kalinka, investigador de El Colegio de México, quien fue entrevistado el 4 de abril de 2001, por González (2001), del periódico La Jornada y opina que:

"En un primer vistazo sobre los efectos de la reforma hacendaria en cuanto al IVA y el ISR, la población más pobre del país destina la mayor parte de su ingreso disponible, alrededor de 80 por ciento, al consumo de productos que ahora están exentos o con tasa cero de IVA, principalmente alimentos. De acuerdo con sus cálculos, la pérdida de ingreso provocada por un incremento en el precio de los alimentos en la misma proporción en que se homologue la tasa del IVA provocará que un número mayor de mexicanos descienda en cuanto ingresos por debajo de la línea de pobreza, que está determinada por el monto de recursos disponibles y su capacidad de adquirir satisfactores." (www.jornada.unam.mx).

Independientemente de estas opiniones, la situación económica que se presentaba a principios del año 2001, era alentadora, se pensó que se seguiría dando el mismo ritmo de crecimiento de 4.5%, sin embargo, según se registra en la revista Vértigo, para el mes de mayo el mismo presidente Fox anunció "un ajuste a las expectativas de crecimiento a 2.5%, y al mismo tiempo aseguraba que la economía iba viento en popa y que la situación del tipo de cambio no debía generar ningún temor." (Cárdenas, 2001. pág. 38).

Transcurrido el tiempo, la situación económica de México se fue deteriorando notablemente. Algunos analistas como José Miguel Moreno pronosticaron en el

mes de junio que "los grandes riesgos que podría enfrentar la economía y que provocarían un ajuste brusco del peso serían, por un lado, que fracasara la reforma fiscal que impulsaba el Presidente Vicente Fox y por otro, que la recesión en Estados Unidos resultara más profunda de lo previsto." (Cárdenas, 2001. pág. 39).

Pasados los meses se pudo apreciar que, la reforma fiscal propuesta por el Presidente no fue aceptada por el Congreso y la situación en Estados Unidos lejos de mejorar, se complicó aún más con los atentados sufridos el 11 de septiembre de 2001, en las torres gemelas del World Trade Center en Nueva York, en el Pentágono y el atentado fallido en la Casa Blanca, que dio como resultado el "ataque contra el terrorismo" en Afganistán, encabezado por Estados Unidos y Gran Bretaña, un mes después.

Toda esta situación ha generado la baja en los precios del petróleo y la consecuente disminución de la producción de los barriles en México, con los efectos negativos que esto representa para la economía mexicana.

De todo lo anterior es posible afirmar lo siguiente: dado que las economías de los países del mundo no están en las mismas condiciones de desarrollo, la globalización no puede beneficiar a todos de igual forma, de hecho, puede decirse que hay países que se ven afectados severamente cuando las grandes potencias, como por ejemplo Estados Unidos, entran en recesión.

Este es el caso de México, donde a pesar de que sus dirigentes se esfuercen en decir que todo está bajo control, la realidad es totalmente distinta, pues el sueldo de los trabajadores pierde su poder adquisitivo cada día más y ante estas circunstancias no valen de nada otras afirmaciones que pretendan disimular la realidad nacional.

Aspecto político

En el ámbito político, ocurrieron grandes cambios en un lapso muy corto (2000 – 2001), que quedarán marcados en la historia de México, pero ¿cómo sucedió estos?.

El día 2 de julio de 2000, se llevaron a cabo elecciones presidenciales en México. Esta fecha es memorable para todos los mexicanos porque después de más de 70 años de ser gobernados por el Partido Revolucionario Institucional (PRI), gana las elecciones un partido opositor, el Partido Acción Nacional (PAN).

Al respecto, el Plan Nacional de Desarrollo (2001), dice lo siguiente: "Los comicios del 2 de julio de 2000 abrieron un nuevo capítulo en la historia política de México. Por mandato de la ciudadanía y con elecciones más equitativas, organizadas, por instituciones electorales independientes, ciudadanizadas y profesionalizadas se llevó a cabo la alternancia política del Poder Ejecutivo Federal. Con ello, el 2 de julio marca una nueva etapa de la transición votada, entra en su fase concluyente

y se inicia el difícil pero prometedor proceso de consolidación democrática de las instituciones." (P.N.D., 2001, pág. 33).

El Presidente electo Vicente Fox toma la Presidencia formalmente el día 1 de diciembre de 2000.

De acuerdo con información del periódico La Jornada del 1 de diciembre de 2000, "Tres años de proselitismo; millones de pesos en publicidad; apoyo empresarial, declarado y encubierto; una asociación civil –Amigos de Fox- que se encargó de 'ciudadanizar' la campaña del guanajuatense y alejarlo del 'molde' panista; un candidato atípico y un sistema priista que, según evaluó él mismo, 'ya no da para más', fueron los factores que los estrategas del nuevo presidente de México explotaron." (www.jornada.unam.mx).

Una vez que el Presidente Vicente Fox tomara el mando de México, surgieron opiniones de los integrantes del PAN respecto del régimen del PRI que llegó a su fin. Aponte, Becerril y Pérez escriben el 2 de diciembre de 2000, en el periódico La Jornada la opinión del diputado Calderón Hinojosa: "Se cierra una página triste en la historia nacional, queda el recuerdo del México oprimido, empobrecido, saqueado, el pueblo de México marcó el 2 de julio un cambio de rumbo. El 2 de julio nació una nueva ciudadanía, un nuevo ciudadano. Un ciudadano que no está dispuesto a resignarse más ante los problemas nacionales; un nuevo ciudadano decidido a tomar en sus manos el destino de esta gran nación; un ciudadano harto de ver cómo las riquezas del país se perdían, una a una, en manos de la irresponsabilidad, de la incapacidad o de la corrupción." (www.jornada.unam.mx).

Esta fue la opinión generalizada del PAN, sin embargo no todos pensaban igual, pues Garrido en el periódico La Jornada del 2 de diciembre de 2000 opina que: "la llegada de Vicente Fox a la Presidencia de México este primero de diciembre marca el fin del régimen de Partido de Estado (1929 – 2000), pero no significa la instauración de 'la democracia' (como él pretende), ni de la justicia social o de la estabilidad económica (como sugieren los miembros de su equipo), sino el inicio de un nuevo periodo de incertidumbre para el país, en el que hay más signos de continuidad que de ruptura." (www.jornada.unam.mx).

Después de la toma de posesión, dio inicio formalmente el desempeño de Vicente Fox como Presidente. Donde la situación que ha causado más polémica es el asunto de la nueva hacienda pública, que dio como consecuencia la total división de los demás partidos políticos quienes se manifestaron en todo momento en contra de esta pretensión.

Algunas opiniones fueron, por ejemplo, la emitida por la presidenta nacional del PRI, Dulce María Sauri, a Méndez del periódico La Jornada del 23 de diciembre de 2000, quien advirtió que: "los grupos parlamentarios del *tricolor* en el Congreso no aceptarán que el PRD y el Ejecutivo les impongan una solución a la necesidad de incrementar el presupuesto en gasto social, porque ésta fue negociada 'afuera' y

no en el Poder Legislativo, como corresponde de acuerdo a la ley." (www.jornada.unam.mx).

Pasados los meses, y a pesar de la opinión en contra de los demás partidos políticos, el PAN continuó apoyando al Presidente, como lo muestra Saldierna, del periódico La Jornada del 1 de abril de 2001: "Un día después de su entrevista con el Presidente Vicente Fox, el dirigente nacional del PAN, Luis Felipe Bravo Mena, señaló que su partido apoyará 'con todo entusiasmo' la reforma fiscal propuesta por el Ejecutivo pues se trata, dijo, del proyecto de mayor envergadura que se ha propuesto en los últimos 50 años en México para lograr una mejor justicia social. Luego de conocer en su totalidad la iniciativa hacendaria, Bravo Mena sostuvo que se trata de un proyecto 'ampliamente satisfactorio', que habrá de afinarse y mejorarse con señalamientos de los partidos políticos y la sociedad, pero que permitirá una nueva distribución del ingreso en el país.

Dado que en ninguna de las dos cámaras tiene mayoría el PAN, necesariamente deberán contar con el apoyo de otros partidos políticos para aprobar la reforma fiscal. Trascendió que el Ejecutivo se reunirá con legisladores del PRI y del PRD para presentarles el proyecto y ganar su respaldo en el Congreso de la Unión." (www.jornada.unam.mx).

La posición de los diferentes partidos continuó estando en contra, por ejemplo, de acuerdo con información de Méndez del 1 de abril en La Jornada, el PRI advirtió que "no aprobará la iniciativa de reforma fiscal que el mandatario enviará al Congreso de la Unión, si incluye gravámenes a alimentos y medicinas e implica 'cobrar más impuestos a los mexicanos y que lastime la economía de las familias más desprotegidas del país.' La directiva priísta recordó que desde el Consejo Político Nacional de febrero pasado, el priísmo decidió que sus grupos parlamentarios en las cámaras de Diputados y Senadores rechacen el cobro del IVA." (www.jornada.unam.mx).

González en La Jornada del 2 de abril de 2001, dijo que "el Partido Verde Ecologista de México (PVEM) en la Cámara de Diputados votará en contra de que medicinas y alimentos se graven con 15 por ciento de IVA, afirmó que ese gravamen representaría un fuerte golpe a la economía de los mexicanos de escasos recursos. El líder de PVEM, quien declinó su candidatura a la Presidencia para apoyar la del panista Vicente Fox, aseguró que en este tema existe una total diferencia con el gobierno actual y con el Partido Acción Nacional." (www.jornada.unam.mx).

Ramírez y Romero dieron a conocer la opinión del jefe de Gobierno del D.F., Andrés Manuel López Obrador, en La Jornada del 3 de abril de 2001, quien dijo que "la reforma fiscal, del Presidente Vicente Fox, pretende "pasarle la charola a todo el pueblo de México para pagar los intereses del Fobaproa." (www.jornada.unam.mx).

Ante tales circunstancias, "para tratar de convencer al pueblo de México y contar con su apoyo, la víspera de hacerle llegar al Congreso de la Unión su propuesta de reforma hacendaria, (3 de abril) el presidente Vicente Fox Quesada advirtió que de no aprobarse ésta 'tendría un alto costo para todos'. En cadena nacional -por radio y televisión- pidió a los mexicanos le tengan confianza, porque 'yo no estoy aquí para engañar a nadie'" (www.jornada.unam.mx).

Aponte, Pérez y González, escribieron en La Jornada del 4 de abril lo siguiente: "la Presidencia de la República puso en marcha un cabildeo de última hora entre las bancadas del PRI y el PT para tratar de convencer a los diputados de oposición de las ventajas de la reforma fiscal. Sin embargo, estos grupos parlamentarios y el PRD insistieron en que no aprobarán la eliminación de la tasa cero del IVA en alimentos y medicinas, lo cual podría llevar a un bloque opositor *de facto* en contra de la iniciativa foxista.

La directiva de la bancada del PT opinó que el jefe del Ejecutivo incumplió con sus promesas de campaña electoral, con una iniciativa de ley contraria a los intereses de los mexicanos.

En resumen, la supuesta reforma fiscal del Presidente Fox mantiene una continuidad con las reformas fiscales de sus antecesores, privilegiando a los grupos empresariales y lesionando la ya de por sí muy endeble economía de los sectores populares, según la opinión del grupo parlamentario." (www.jornada.unam.mx).

Después de la presentación de la iniciativa al Congreso de la Unión, y conociendo las respuestas de los diferentes partidos políticos que aquí se han recuperado, los meses continúan pasando, el año está a punto de llegar a su fin y la situación sigue siendo la misma en términos generales, pues aún no se llega a ningún acuerdo. Los diputados están dejando para el último momento un asunto tan importante como es la aprobación del presupuesto de ingresos y egresos, sin el cual dejan al ejecutivo sin posibilidad de gastar un solo peso a partir del 1 de enero de 2002.

Con todo lo anterior se puede ver que la situación política de México cambió con la llegada del PAN a la presidencia, es decir, se cambió el nombre del partido en el poder, por lo demás aún no se han visto otros cambios.

Aspecto social

En cuanto al ámbito social, la población del mundo se ha tenido que adecuar a una serie de cambios que poco o nada se parecen al estilo de vida de décadas anteriores. Lo mismo ocurre en México, donde se han gestado importantes transformaciones en la sociedad.

Uno de los cambios, quizá el más notorio es la participación cada vez más activa de las mujeres en todos los órdenes del quehacer humano, en el ámbito profesional, político, deportivo, etcétera, las mujeres han venido ocupando espacios que no se hubieran imaginado hace medio siglo. La forma de organizarse de la sociedad civil también ha cambiado, se han creado múltiples organizaciones para la defensa de intereses particulares, de carácter reivindicativo de los derechos humanos, la calidad de vida, la lucha por la preservación del medio ambiente, etc.

Un aspecto social de gran relevancia es el referente a la salud, que se aborda por la investigación relacionada con el INER.

Desde el punto de vista del autor Anda (1999), "sólo un país con niños, mujeres y hombres sanos, puede aspirar a una auténtica prosperidad económica, a una verdadera justicia social y a un perdurable bienestar familiar. La salud es un pilar indiscutible para el desenvolvimiento de las capacidades físicas e intelectuales. El primer paso para lograr una mayor equidad en la distribución del ingreso es una mejor distribución del acceso a la educación y a la salud. Al lado de la educación, la salud tiene una importancia medular en el bienestar de las familias y una especial trascendencia para el crecimiento económico y desarrollo social de cualquier nación." (Anda, 1999. pág. 122).

Sobre el tema de la salud, en el Plan (2001) se plantea que "la educación y el desarrollo de los mexicanos depende de la salud que posean. Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera. Sin embargo, no debe olvidarse que existen todavía sectores de la población que no tienen a su alcance la atención, los servicios médicos y los medicamentos que les ayuden a tener una vida sana y les proporcionen la seguridad y confianza que requieren para su cabal desarrollo." (P.N.D., 2001. pág. 49).

De acuerdo con el Plan (2001), "el perfil epidemiológico nacional se está transformando como consecuencia de la mayor urbanización, del cambio en las actividades ocupacionales y de la educación. Las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte, y están emergiendo enfermedades y padecimientos como el sida, hasta muy recientemente de poca importancia nacional." (P.N.D., 2001. pág. 49).

Las estrategias que se plantean en el Plan (2001) para mejorar la salud se refieren a "la necesidad de unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el desarrollo de criterios uniformemente aplicados relativos a los fármacos y a los servicios sanitarios y epidemiológicos, y el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. El esfuerzo deberá

desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población." (P.N.D., 2001. pág. 50).

En el Plan Nacional (2001), "el Gobierno de la República hace un compromiso con la salud de los mexicanos, cuyas premisas son:

1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.
2. La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones. Desde este punto de vista, mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
3. Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir. Para ello se requiere complementar las *políticas de salud* con *políticas saludables* (que abarquen acciones en todos los sectores).

La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad." (P.N.D., 2001. pág. 53).

Para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención a la misma. Para lograrlo, en el Plan (2001) se dice que "México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que cuente con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones. Democratizar es, en suma, construir un sistema de, por y para la gente. Para lograrlo se plantean los siguientes objetivos:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud." (P.N.D., 2001. pág. 53-54).

Este es un panorama general de la situación económica, política y social vivida en México, en el año 2001 y algunos meses antes. Debe entenderse que no se está haciendo un análisis riguroso al respecto, pues para ello se necesitaría un estudio particular.

1.2 DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES PARA LA SALUD

Una vez que se ha abordado el aspecto económico, político y social de México, y habiendo revisado lo que establece el Plan Nacional de Desarrollo respecto a la salud, se procede a hacer un recuento de lo que indican tanto la Constitución Política de los Estados Unidos, como la Ley General de Salud, no sólo respecto al derecho a la salud, sino también en cuanto a la investigación que las instituciones educativas pueden llevar a cabo en coordinación con las instancias de salud.

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y a la letra dice:

...
"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución"... (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2000, pág. 10).

De la Constitución se deriva la Ley General de Salud que a continuación se presenta.

1.3 LEY GENERAL DE SALUD

En seguida se mencionan aquellos artículos de la Ley General de Salud, que tienen que ver directamente con el derecho a la protección de la salud.

"Artículo 2º.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social
- IV. La extensión de actividades solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud." (Ley General de Salud, 2000. pág. 1).

"Artículo 3º.- En los términos de esta Ley, en materia de salubridad general se establece:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta ley
- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables
- III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II
- IV. La atención materno-infantil
- V. La planificación familiar
- VI. La salud mental
- VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud
- VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud
- IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos
- X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país
- XI. La educación para la salud
- XII. La orientación y vigilancia en materia de nutrición
- XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre
- XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico
- XV. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles
- XVI. La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y accidentes
- XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos
- XVIII. La asistencia social
- XIX. El programa contra el alcoholismo
- XX. El programa contra el tabaquismo
- XXI. El programa contra la farmacodependencia
- XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación
- XXIII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumo de uso odontológico, materiales quirúrgicos de curación y productos higiénicos
- XXIV. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII
- XXV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta ley
- XXVI. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos
- XXVII. La sanidad internacional, y

XXVIII. Las demás materias, que establezca esta ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4° constitucional." (Ley General de Salud, 2000. pág.2).

"Artículo 7°.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

- ...
XII. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- XIII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;"
- ... (Ley General de Salud, 2000. pág. 3).

"Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;"
- ... (Ley General de Salud, 2000. pág. 8-9).

"Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud." (Ley General de Salud, 2000. pág. 9).

"Artículo 33.- Las actividades de atención médica son preventivas, curativas y de rehabilitación." (Ley General de Salud, 2000. pág. 9).

"Artículo 35.- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios." (Ley General de Salud, 2000. pág. 10).

"Artículo 36.- Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias." (Ley General de Salud, 2000. pág. 10).

"Artículo 50.- Para los efectos de esta ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta ley y demás disposiciones aplicables." (Ley General de Salud, 2000. pág. 12).

"Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir servicios de salud y dispensar cuidado y diligencia de uso y conservación de los materiales y equipos médicos." (Ley General de Salud, 2000. pág. 12).

Respecto a la investigación para la salud, en el título quinto de esta Ley se establece lo siguiente:

"Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud." (Ley General de Salud, 2000. pág. 18).

"Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de la salud del país." (Ley General de Salud, 2000. pág. 19).

"Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación." (Ley General de Salud. 2000, pág. 19).

Estos son los artículos de la Ley General de Salud que se han tomado en cuenta por su relación con el proyecto de investigación sobre el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER.

1.4 CONTEXTO INSTITUCIONAL

El desarrollo de la experiencia de Servicio Social se llevó a cabo en la Escuela Nacional de Trabajo Social, de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la inserción en dos investigaciones denominadas:

“Una aproximación a la construcción de las teorías contemporáneas del Trabajo Social en la Ciudad de México” y,

“Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER”.

Por lo tanto en las siguientes páginas se describe el contexto de la ENTS, y para la segunda investigación, se hace referencia al INER, y cómo surgió la relación de ambas instituciones.

1.4.1 ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

La Escuela Nacional de Trabajo Social se encuentra ubicada en Circuito Exterior s/n Ciudad Universitaria. Coyoacán. C. P. 04510 México, D.F.

ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN.

La información que a continuación se presenta, contiene los datos más significativos en la historia de la carrera y por consiguiente de la propia Escuela.

De acuerdo con información obtenida del Boletín informativo de la ENTS (1974), “los antecedentes de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, surgen en 1937, año en el que se organizó un curso especial para empleados y funcionarios de los Tribunales para Menores y al término del mismo se concluyó entre otras cosas, que para mejorar los servicios prestados por esas instituciones, era necesario contar con personal que dentro de los equipos de trabajo de los médicos y abogados, los auxiliara en tareas sencillas, como las de proyectar y extender el tratamiento a los hogares de los individuos a los que atendían, dando lugar con ello a la orientación Para-Médica y Para-Jurídica de la carrera técnica en trabajo social.”(Boletín informativo de la ENTS, 1974. s/p).

Sobre el surgimiento de la profesión a nivel técnico en México, el Boletín (1974) dice que “éste se dio por la iniciativa de médicos y abogados, por medio de la solicitud que el 20 de septiembre de 1938, presentaron los doctores Rafael Santamarina, Raúl González Enriquez, Francisco Núñez Chávez, Roberto Solís Quiroga y el Lic. Héctor Solís Quiroga; quienes pusieron a consideración del Director de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, el Plan de Estudios para la creación de la carrera de Trabajo Social, el cual fue aceptado y en abril de 1940 siendo Director de la Facultad de Derecho el Lic. Manuel Gual Vidal, se funda la Carrera orientada a la formación de Trabajadores Sociales, ello de acuerdo a los artículos 4º y 5º constitucionales y a las Leyes Reglamentarias de la UNAM, y se

establece como requisito previo de ingreso, el Certificado de Enseñanza Secundaria y posteriormente la realización de 3 años de Estudios en la UNAM, para obtener el grado de Técnico en esta Profesión." (Boletín informativo de la ENTS, 1974, s/p).

Ya habían pasado más de veinte años desde que se inició la carrera de Trabajo Social a nivel técnico en la UNAM y dado el dinamismo de la realidad nacional y mundial, se planteó una reforma integral a los estudios, pretendiendo ante todo modificar el nivel profesional. De este modo, según se describe en el Boletín (1974), "el Consejo Técnico de la Facultad de Derecho de la UNAM aprobó el 4 de abril de 1968, el proyecto de Reforma del Plan de Estudios de la Carrera de Licenciado en Trabajo Social y el 28 de marzo de 1969 el Consejo Universitario dio su aprobación definitiva, culminando así el prolongado esfuerzo por conseguir este nivel académico, al que durante largo tiempo aspiraron, Trabajadores Sociales, estudiantes de Trabajo Social y personas interesadas en la carrera." (Boletín informativo de la ENTS, 1974, s/p).

Los logros se fueron dando poco a poco y una vez alcanzado el objetivo de elevar el nivel de la carrera, el siguiente paso sería terminar con la dependencia de la Facultad de Derecho en lo académico, administrativo, presupuestal y en cualquier otro aspecto que tuviera importancia.

Para lograr lo anterior, el Boletín (1972) dice que "en el año de 1969 entró en vigor, para la entonces carrera de Trabajo Social, un nuevo plan de estudios de nivel Licenciatura, que trajo como consecuencia la necesidad de cubrir requisitos obligatorios en la UNAM para el estudio de las diversas licenciaturas que se imparten. El establecimiento de ese nuevo plan de estudios, fue producto de múltiples solicitudes que en esa época presentó un grupo de estudiantes y profesores del nivel técnico en Trabajo Social y que las autoridades en función, ante lo inobjetable de los planteamientos, aceptaron considerando que, efectivamente, era necesario elevar el nivel de estudios para mejorar la situación profesional del Trabajo Social." (Boletín informativo de la ENTS, 1974, s/p).

"A este primer avance le siguieron otros inmediatos como el que, previa solicitud, se proporcionaron instalaciones y oficinas más adecuadas para el desarrollo de las funciones. Las primeras instalaciones que se facilitaron fueron las que anteriormente ocupaba la Escuela de Economía, y que se compartió con el entonces Colegio de Psicología.

Contando ya con ello, se creó una Biblioteca especializada en Trabajo Social, con un modesto donativo de \$ 9,000.00 pesos, que se hizo por parte del mismo grupo de alumnos y profesores que desde 1965 había venido pugnando por el desarrollo de la escuela y de la profesión." (Boletín informativo de la ENTS, 1974, s/p).

"A partir de 1971, los cambios se intensificaron pues cada vez se hizo mayor conciencia de que la escuela no podía funcionar correctamente mientras fuera

dependiente de la Facultad de Derecho. Por lo que prosiguieron las solicitudes y modificaciones de las que a continuación se hace una relación sucinta:

1. Construcción en 1972 del Edificio e instalaciones de la Escuela con un costo de \$5,000,000.00.
2. Creación de una Unidad Administrativa Independiente.
3. Creación de la Escuela Independiente Asociada de Trabajo Social (por acuerdo del Colegio de Directores y del Consejo Técnico de la Facultad de Derecho).
4. Solicitud y fundamentación ante las autoridades correspondientes (Consejo Técnico de la Facultad de Derecho y Consejo Universitario), para la creación de la Escuela Nacional de Trabajo Social, misma que ya fue aprobada por el Consejo Técnico de la Facultad de Derecho y por la Comisión de Trabajo Académico y de Reglamentos del Consejo Universitario, quedando sólo pendiente la aprobación del Consejo Universitario en su reunión plenaria.
5. Promoción para la creación de organizaciones diversas (Consejo de Planeación y Programación, Colegio de Profesores, Asociaciones de Alumnos, Asociaciones de Egresados, etc.).
6. Formación de un Consejo Interno Partidario integrado por profesores, alumnos y autoridades.
7. Establecimiento de un Reglamento Interno de la Escuela.
8. Reestructuración del funcionamiento técnico y administrativo (creación de la actual estructura de la escuela).
9. Establecimiento de Servicios Escolares en las propias instalaciones de la Escuela, entre otros." (Boletín informativo de la ENTS, 1974, s/p).

"El día 4 de octubre de 1973 llegó a su culminación un prolongado esfuerzo al aprobar el H. Consejo Universitario la creación de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Finalmente la Escuela logró su absoluta independencia, con capacidad propia para atender y resolver sus problemas; elaborar, modificar y actualizar sus planes y programas de estudio; para capacitar verdaderos profesionales en Trabajo Social." (Boletín informativo de la ENTS. 1974, s/p).

Valero (1994), señala que "el día 18 de enero de 1974, la Junta de Gobierno de la UNAM designó al Dr. Manuel Sánchez Rosado como primer Director de la Escuela, consolidando con ello todo un proceso que permitió una mayor identidad profesional en el ámbito universitario e institucional." (Valero, 1994. pág. 112).

A pesar de los cambios que se fueron dando en México, desde 1969 estuvo vigente el mismo Plan de Estudios, por lo que según señala Valero (1994), "durante los años 1974 a 1976, se hicieron reuniones de análisis y evaluación del Plan de Estudios y se llegó a la conclusión de que se requería cambiar la metodología empleada en la práctica así como la teoría que sustentaba ésta. Fue así que el nuevo Plan de Estudios fue aprobado el día 16 de noviembre de 1976, e incluyó asignaturas que permitieron al licenciado en Trabajo Social tener una

visión completa de la situación socioeconómica y política del país y de los factores que la determinaban." (Valero, 1994. pág. 112-113).

Este Plan de Estudios estuvo vigente hasta mediados de 1996, sin embargo, años antes se trabajó para cambiar nuevamente dicho plan, como se menciona a continuación.

"En julio de 1992, el H. Consejo Técnico de la ENTS autorizó a la Directora Lic. Nelia Elena Tello Peón, conformar una Comisión Coordinadora del Proceso de Reestructuración del Plan de Estudios, quedando integrada en diciembre de 1992 por siete profesores licenciados en Trabajo Social y tres estudiantes." (www.trabajosocial.unam.mx).

"En enero de 1993, el H. Consejo Técnico de la ENTS, acordó emitir una convocatoria abierta pública, que fue difundida en la gaceta UNAM y periódicos de circulación nacional, invitando a la comunidad de la Escuela y al gremio de trabajadores sociales, a participar con sus opiniones sobre la reestructuración del Plan de Estudios. En junio de 1996, en la ENTS es aprobado el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social." (www.trabajosocial.unam.mx).

Actualmente, la ENTS cuenta con un laboratorio y sala de cómputo, dos auditorios: Dr. Manuel Sánchez Rosado con capacidad para 218 personas y el Auditorio Dos con capacidad para 56 personas. En septiembre de 2000, inició la construcción de la nueva biblioteca que contará con: hemeroteca, centro de cómputo, consulta automatizada, cubículos de estudio y cd-rom, salas de lectura, multimedia, proyección, seminarios, fotocopiado y cafetería. Se considera uno de los proyectos más modernos en la UNAM." (www.trabajosocial.unam.mx).

De acuerdo con información obtenida en la página de internet de la ENTS, los proyectos de investigación que se desarrollan a la fecha, en la escuela son:

- Escuelas de Trabajo Social en la República Mexicana
Lic. Yolanda Aguirre Harris López
- Hacia la construcción de una teoría del Trabajo Social
Mtra. Elizabeth Bautista López
- Inserción de la mujer mexicana en el desarrollo social del País
Dra. Julia del Carmen Chávez Carapia
- La participación social en los procesos de gestión y desarrollo local. El caso de veinte localidades en cinco estados de la República Mexicana
Lic. Silvia Galeana de la O
- Etnografía y los menores marginados víctimas de la violencia familiar
Mtro. Victor Inzúa Canales

- Valoración de modelos de promoción social en los centros sociales de la Delegación Álvaro Obregón
Mtro. José Luis Sainz Villanueva
- Proyecto de asistencia económica para mujeres maltratadas
Mtra. Silvia Solís San Vicente
- Comunidad segura
Mtra. Nelía Tello Peón
- Inseguridad pública y participación social. Una experiencia con grupos comunitarios
Dra. Aída Valero Chávez
- Estudio exploratorio del mercado laboral para los trabajadores sociales en instituciones que atiendan a personas con discapacidad en el Distrito Federal
Lic. Esther Zúñiga Maclas
- Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER
Dra. María del Rosario Silva Arciniega (www.trabajosocial.unam.mx).

Como puede verse, la Escuela se ha ido transformando a lo largo de su historia, con el fin de dar a la sociedad profesionales en trabajo social cada vez mejor preparados, capaces de enfrentarse a los retos que la sociedad demanda. Esto sólo puede ser posible acercándose a la realidad desde la investigación.

Como se ha mostrado, son varias las líneas de investigación que se están llevando a cabo por profesores de la ENTS, y apoyando en una de ellas sobre el estudio socioeconómico válido y confiable se desarrolló el proyecto de investigación en el servicio social. Es por eso que se presenta en las siguientes páginas el contexto del INER.

1.4.2 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER)

Antecedentes

El autor Soberón (1989), establece que "en 1936, durante la Presidencia del General Lázaro Cárdenas, el INER fue fundado con el nombre de Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco. Ahí se formaron las primeras generaciones de tisiólogos del país, con la enseñanza de destacados maestros que desde el punto de vista humanitario, concebían a la medicina estrechamente vinculada con la sociedad y la cultura.

En 1938 se le conoció con el nombre de sanatorio Huipulco, y su objetivo principal era el de atender casi exclusivamente a los enfermos de tuberculosis, ya que no se contaba con una institución que brindara atención médica a este tipo de pacientes, por lo cual un grupo de médicos, propusieron a las autoridades la creación de un sanatorio con el fin primordial de atender a los tuberculosos. Se financiaban a través de donaciones privadas y recursos que proporcionaba el gobierno.

Poco a poco la Institución comenzó a crecer y realizar otras funciones entre las cuales figura la investigación y la enseñanza de estudiantes sobre todo de medicina.

En el año de 1959 cambia su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, ampliando su cobertura a pacientes con otras enfermedades pulmonares, formándose las primeras generaciones de Especialistas en Neumología.

En 1975, se convierte en Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, con las tareas de asistencia médica y enseñanza así como de investigación científica y técnica en la especialidad de neumología.

Ya para 1977 el Sanatorio Huipulco comenzó a atender enfermos no sólo de tuberculosis sino de enfermedades respiratorias en general. Las instalaciones sufrieron cambios importantes desde el inicio, ya que la demanda fue creciendo y se hizo necesario agregar edificios para aumentar la infraestructura y dar cabida a los pacientes que requirieran diagnóstico y tratamiento médico.

El Lic. José López Portillo, Presidente de México en 1981 decretó en un congreso internacional que el nuevo nombre del Sanatorio sería Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, fundado oficialmente el 18 de diciembre de 1981, con el fin de crear una institución descentralizada, con personalidad jurídica y con patrimonio propio, con el objeto de realizar investigación básica, impartir enseñanza, prestar asesoría a las unidades médicas de enseñanza y proporcionar atención médica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.

Hasta 1982, funcionó como Unidad descentralizada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia." (Soberón, 1989. pág. 143).

De acuerdo con información obtenida de internet en octubre de 2001, "los objetivos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias son:

- I. Desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.
- II. Impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal de enfermería, de técnicos, así como de auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.
- III. Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado en materia de enfermedades respiratorias.
- IV. Asesorar a unidades médicas y centros de enseñanza para prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.
- V. Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logran en su área de acción." (www.iner.gob.mx).

Funciones

Según el autor Soberón (1989), "el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias desarrolla tres principales funciones y actividades que son de tipo asistencial, investigación y docencia.

Función asistencial

Se lleva a cabo a través de diferentes programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, donde se proporciona atención en los diferentes servicios con equipo multidisciplinario a pacientes portadores de infecciones respiratorias agudas, como tuberculosis, se da atención a pacientes con casos de enfermedades crónicas, como el asma, en igual situación se atienden los padecimientos degenerativos como los tumores malignos del aparato respiratorio.

Se realizan enlaces entre el INER, y otras instituciones de salud, se determinan niveles socioeconómicos de los pacientes, se promueven y coordinan actividades de educación para la salud en general a toda la población, se mantiene coordinación con otras instituciones para la referencia y contrarreferencia de pacientes, se realizan trámites administrativos requeridos en las instituciones donde se solicitan las interconsultas, estudios especiales y traslados de pacientes.

El Instituto ofrece los servicios a través de Consulta Externa, Urgencias y según la gravedad y complejidad de las enfermedades, cuando se requiere se canalizan los pacientes a los servicios de hospitalización y Terapia Intensiva." (Soberón. 1989, pág. 144).

Función de enseñanza

"Se realizan desde su fundación, se mantiene sólida la tradición docente que estableció sus raíces en el antiguo Sanatorio y fructificó en el Instituto.

Actualmente se participa en la enseñanza en los niveles pregrado, posgrado, maestría, doctorado, técnico y educación continua, se brinda apoyo a los estudios de los alumnos de diferentes escuelas que soliciten hacer prácticas institucionales, a los pasantes que desean cumplir con su servicio social en el Instituto. Es importante señalar que el Instituto apoya la participación del personal en cursos y reuniones, congresos nacionales y extranjeros.

Es a través de la Subdirección General de Administración que se imparten cursos de capacitación al personal para actualizar conocimientos, mejorar aptitudes y actitudes hacia el trabajo." (Soberón. 1989, pág. 145).

Función de investigación

"En el Instituto se inició con esfuerzos aislados, a través de la ejecución de proyectos que intentaban responder parcialmente a ciertos aspectos relacionados con las enfermedades respiratorias.

La descentralización del Instituto, permitió crear paulatinamente las condiciones necesarias para el desarrollo en la investigación mediante la adquisición de equipo y materiales de apoyo, también se incorporaron progresivamente investigadores de carrera, esta estrategia fructificó finalmente al desarrollar programas de investigación confrontados en una red de proyectos interrelacionados que intentan abordar de una manera integral los problemas de la patología respiratoria (Soberón. 1989, pág. 146).

Organización

"Desde 1983 se ha establecido que el órgano directivo del Instituto sea la Junta de Gobierno que es precedida por el Secretario de Salud, el cual es suplido por el Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, pertenecen también a la Junta de Gobierno un representante de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, vocales designados por el presidente, entre otras personalidades del Sector salud y de la UNAM.

La Junta de Gobierno aprueba los programas y presupuestos anuales, supervisa la organización interna, evalúa permanentemente las actividades y orienta el desarrollo institucional, los miembros de la junta han apoyado siempre la calidad y eficacia de los servicios del Instituto.

El Director del INER, somete a su consideración los programas de trabajo y presupuestos, informa de las actividades realizadas y conjuntamente se hace el seguimiento de los acuerdos tomados en las reuniones para cumplir la ley.

De la dirección dependen tres subdirecciones generales; encargadas de las tareas sustantivas del INER, investigación y enseñanza médica, siendo apoyados por la subdirección administrativa.

El INER cuenta con personal capacitado para el cumplimiento de sus objetivos como son: investigadores, médicos especializados, técnicos, enfermeras, administradores, servicios generales. Se cuida especialmente la selección de personal de nuevo ingreso, se da impulso a la capacitación y se aplican oportunamente las sanciones y estímulos administrativos, mediante la solución conjunta de problemas laborales con la representación sindical de la Sección 16 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud." (Soberón, 1989, pág. 152).

Estructura

"El INER cuenta con instalaciones modernas, rodeadas por áreas verdes que ocupan gran parte del terreno.

El edificio principal alberga al Cuerpo de Gobierno y a los Servicios Clínicos de hospitalización, como terapia intensiva, central de equipos y quirófanos.

Al sur se encuentra la Unidad de investigación que cuenta con laboratorios, bioterio, quirófano para cirugía, oficinas de las diversas jefaturas.

Al norte se ubica la Unidad de Enseñanza que cuenta con auditorio, la residencia de médicos y áreas para oficinas con sus diferentes jefaturas, así como la biblioteca.

Así mismo, el INER cuenta con una unidad de consulta externa y sus respectivos consultorios; para la atención al público, se encuentra medicina nuclear, fisiología respiratoria, rehabilitación y las oficinas de trabajo social, archivo clínico, administración, medicina preventiva, cuentas corrientes, entre otras oficinas que dan apoyo administrativo y clínico para la atención del paciente, a su vez se trabaja para modernizar las instalaciones del Instituto a fin de ofrecer una mayor capacidad y funcionalidad para atender la creciente demanda de los diversos servicios que proporciona el INER.

Los servicios son:

- Servicio clínico 1 (pabellón 1), se concentran los protocolos de investigación médica.
- Servicio clínico 2 (pabellón 2), se hospitalizan pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar.
- Servicios clínicos 3 y 4 (pabellones 3 y 4), se atienden a pacientes con diagnóstico de cáncer y sida.

- Servicios clínicos 5 y 6 (pabellones 5 y 6) hay pacientes con diagnóstico de tuberculosis.
- Servicio clínico 7A pediatría, atiende la patología de las enfermedades respiratorias y además cuentan con la clínica de tabaquismo.
- Servicio clínico 7B, es para otorrinolaringología, se atienden pacientes que requieren estancias cortas.
- Servicio clínico 8, se encuentra terapia intensiva y área de recuperación.
- Servicio clínico 9, es para pacientes de mayores posibilidades económicas." (Ocaña, 1995. pág. 20-22).

"El Instituto cuenta con 218 camas censables y 41 no censables, 4 quirófanos, unidad de Terapia Intensiva, servicios de Endoscopia, Hemodinamia, Patología, Infectología, Laboratorios Clínicos, Medicina Nuclear, Fisiología Respiratoria, Rehabilitación, Laboratorio de Sueño, Imagenología con tomografía axial computada y Archivo Clínico." (www.iner.gob.mx).

Según lo anterior, una de las funciones del Instituto es la investigación, sin embargo, esta se ha dirigido principalmente a las patologías respiratorias, lógicamente por ser su campo de acción, pero éstos ya no son los únicos temas que interesan a sus autoridades, pues ahora también se encuentra la cuestión del estudio socioeconómico que ahí se aplica, para conocer la capacidad de pago de los pacientes que acuden a alguno de los servicios que presta el INER, en dicha investigación se han incorporado investigadores de carrera de la UNAM, como se describe a continuación.

1.4.3 RELACIÓN DE LA ENTS Y EL INER

Tanto la Escuela Nacional de Trabajo Social, como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, tienen como una de sus funciones la investigación interinstitucional. A continuación se describe la forma en que entraron en contacto y cómo se concretó la relación entre ambas instituciones.

En lo que se refiere a esta investigación en particular, la relación inició formalmente el día 4 de enero de 1999, fecha en la que el Dr. Rogelio Pérez Padilla, Subdirector General Médico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias hizo llegar una carta a la Lic. Nelia Tello Peón, entonces Directora de la Escuela Nacional de Trabajo Social; en la cual solicita un acuerdo para realizar interinstitucionalmente el proyecto de investigación sobre la validez y confiabilidad del estudio socioeconómico, proponiendo por parte de la Escuela la participación de la Dra. María del Rosario Silva, profesor titular "A", tiempo completo, adscrita a la División de Estudios de Posgrado (en ese momento) y por el INER a la Mtra. María Luisa Brain Calderón, Jefe de Trabajo Social de dicha Institución.

La propuesta fue aceptada por parte de la Escuela y tiempo después se iniciaron los trabajos respectivos para elaborar el protocolo "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER", mismo que fue aprobado por los Comités Científico y Bioético del Instituto en el mes de agosto de 2000.

El siguiente paso consistió en concursar por financiamiento en el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). Siendo aprobado el 31 de octubre de 2000. Iniciando así la investigación a tres años, con apoyo financiero, por lo pronto para el primer año, con la cantidad de \$81,714.00 y un presupuesto total de \$451, 087.00

Dada la relevancia de esta investigación para la profesión, a continuación se menciona a algunas de las personas que participaron en ella, en caso de que en un momento dado surja en algún lector el interés de contactarlas para conocer más al respecto.

Responsable:

Dra. María del Rosario Silva Arciniega

Coorresponsable:

Mtra. María Luisa Brain Calderón.

Asesor del INER:

Dr. José Rogelio Pérez Padilla

Coordinadora de la aplicación del retest con visita domiciliaria a usuarios del INER:

Mtra. Blanca Rosa Ruiz Romero.

Responsable de la aplicación del proyecto en el Instituto Nacional de Nutrición:
Lic. Cecilia Ruiz González.

Coordinadora de la aplicación del retest con visita domiciliaria a usuarios del INN:
Lic. Magdalena Delgado Soto.

La tarea que se lleva a cabo con carácter interinstitucional cumple con lo establecido en los Artículos 96 y 99 de la Ley General de Salud, con los objetivos del INER, y con una de las principales funciones de la ENTS - UNAM, que es precisamente la investigación.

CAPÍTULO 2

27-A

CAPITULO 2

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

En este capítulo se aborda, en el apartado uno, la conceptualización de los principales términos que forman parte de la investigación desarrollada sobre el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, una vez definidos, en el apartado dos se procede a enunciar los indicadores socioeconómicos que utilizan algunas instituciones como el INEGI, CONAPO, etc. para obtener el perfil socioeconómico de la población. Para concretizar la información al ámbito de estudio del particular, en el apartado tres se exponen los indicadores socioeconómicos en el área de la salud, concretamente los que se utilizan en el INER y finalmente se hace referencia al trabajo social y el estudio socioeconómico, ya que es este último el instrumento a través del cual se obtiene el perfil socioeconómico, siendo aplicado por los trabajadores sociales de la Institución.

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE PERFIL, SOCIAL, PERFIL SOCIAL, PERFIL SOCIOECONÓMICO Y ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Después de realizar una revisión exhaustiva en diversos diccionarios, se enuncian a continuación algunas de las definiciones encontradas de los conceptos utilizados en esta investigación.

PERFIL

El Diccionario de la Lengua Española (1992) define perfil como: "(Del ant. occitano *perfil*, dobladillo). m. ... 2. Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a una persona o cosa" (Real Academia de la Lengua Española, 1992. Tomo II. pág. 1575).

La definición que da el Diccionario del Español usual en México (1998) a perfil es: "Conjunto de los rasgos que caracterizan o distinguen a algo o a alguien. / Caracterización o estudio breve que se ocupa de los rasgos principales de algo" (Lara, 1998. pág. 692).

López. et. al. (1996), citan a la Revista de Ciencias Sociales editada por la Universidad de Costa Rica donde se define el término de la siguiente manera:

"Perfil: se utiliza en el campo de la Investigación Social para referirse a un conjunto de datos sistematizados que caracterizan a un sujeto o una población. Es decir, un conjunto de indicadores que se utilizan para presentar en forma ordenada, las características, las variables, los rasgos propios de un grupo de personas. Se habla de perfiles económicos, estadísticos, sociales, culturales, etc." (López. et. al., 1996. pág. 63).

A partir de estas definiciones es posible decir que el perfil es un conjunto de rasgos o datos ordenados que caracterizan a una persona o población.

SOCIAL

En el Diccionario del Español usual en México (1996), se encuentra que social es: "adj. m y f. Que pertenece o se relaciona con las sociedades humanas o animales: *organización social, vida social, fenómeno social, actividad social, ciencias sociales, justicia social, seguridad social, etc.*" (Lara, 1996. pág. 829).

El Diccionario Enciclopédico Quillet (1987), dice que social es: "(Ff. socio) adj. Perteneciente o relativo a la sociedad o a las contiendas entre unas y otras clases. Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, a los socios, compañeros o aliados" (Diccionario Enciclopédico Quillet, 1987. Tomo XI. pág. 257).

PERFIL SOCIAL

La definición de perfil social como tal no se encontró en los diccionarios, únicamente en la tesis "Perfil social de la mujer maltratada en la Ciudad de México" (1995), donde se dice que: "se entiende por perfil social a las características personales, económicas y sociales de los grupos humanos, y las cuales permiten percibir el entorno personal y social de esos grupos" (García, 1995. pág. 28).

PERFIL SOCIOECONÓMICO

La conceptualización de perfil socioeconómico no se encuentra tal cual en los diccionarios, por lo que se procede a definir en primer lugar el término socioeconómico y después se elabora una definición propia.

El Diccionario del Español usual en México (1996), define socioeconómico: "adj. Que implica la combinación de aspectos sociales y económicos, se relaciona con esa combinación de factores o resulta de ella: estudio socioeconómico" (Lara, 1996. pág. 830).

Con base en las conceptualizaciones revisadas, para esta investigación en particular, se entiende por perfil socioeconómico: al conjunto de datos demográficos, sociales y económicos organizados, que caracteriza a una muestra de pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, de enero a mayo de 2001.

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

En el Diccionario del Español usual en México (1996), se encuentra que "estudio es el acto de estudiar algo: *estudio de un proyecto*. Escrito en el que se expone el

examen o el análisis de un tema: *un estudio de la vida de las abejas*" (Lara, 1996. pág. 414).

"Estudio socioeconómico: Es el instrumento que se aplica a través de la técnica de la entrevista, con el objeto de determinar el nivel socioeconómico que corresponde al pago de cuotas de recuperación, que el paciente hace por los servicios recibidos por los INSALUD" (Modelos de intervención de Trabajo Social en el Área de la Salud, 2000. pág. 44).

El estudio socioeconómico que se aplica a los usuarios del INER, a quienes se abre expediente contiene, además de los datos socioeconómicos para determinar la asignación de la clasificación socioeconómica, una "Encuesta de factores de exposición" con preguntas específicas dirigidas a los pacientes del Instituto.

El siguiente apartado, permitirá revisar los indicadores que diversas instituciones utilizan con el propósito de construir el perfil socioeconómico.

2.2 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

San Martín (1986), en su libro Manual de salud pública y medicina preventiva, dice que "se llama 'indicadores' a los datos numéricos, pertinentes, fidedignos y reproducibles que permiten seguir la evolución de un fenómeno y apreciar especialmente la eficacia de los medios existentes o propuestos. Se utiliza más el término 'indicador' como el de 'índice' porque éste sugiere un grado de precisión todavía no alcanzado en materia de salud" (San Martín, 1986. pág. 99).

De acuerdo con el Centro de Estudios Económicos y Demográficos (CEED) (1981), "el censo de población constituye la fuente primaria de los datos demográficos básicos de cualquier país y es la base de un programa de recolección de información que se requiere para fines administrativos, para la planificación económica y social, así como para investigaciones que tomen en cuenta las características de la población.

Del tipo, amplitud y comparabilidad de los datos básicos, así como del conocimiento de los procedimientos de recolección, sistematización y presentación de la información, dependerán, en gran medida, las posibilidades de utilización de la información censal" (CEED, 1981. pág. 255).

A través de los años, algunos temas y conceptos utilizados en los censos se han dejado de obtener y otros se han agregado. Esta evolución refleja la necesidad de conocer algunas características de la población y los problemas prevaletentes en las diferentes épocas en que se levantaron los censos.

Al respecto, el CEED (1991) plantea que "los conceptos básicos de nombre, sexo, estado civil, alfabetismo, lugar de nacimiento, ocupación principal, idioma y religión se han captado en todos los censos. En cambio, hay otros conceptos como defectos físicos y mentales, raza y cambios en la nacionalidad que han perdido interés y han sido eliminados o sustituidos por otros de mayor utilidad. Asimismo, otros conceptos han cobrado cada vez mayor importancia, como son los de ocupación e instrucción, por lo que se han introducido más preguntas y en esta forma se ha tratado de obtener más información del tema en particular" (CEED, 1991. pág. 257).

Algunas de las modificaciones o sustituciones a que hacen referencia son, "que a partir del censo de 1970, se introdujeron nuevos conceptos, tales como el número de familias, que en censos anteriores se captaba como tema derivado, en relación a las características de la vivienda, si cuenta con un cuarto independiente para cocinar, el material en pisos y techo, la disponibilidad de agua entubada de llave pública o hidrante y si cuenta con energía eléctrica, por mencionar algunos.

Además, con relación a la captación de la información sobre la actividad económica de la población se observan cambios fundamentales. Por primera vez se introduce en forma explícita, tanto en el cuestionario como en los instructivos, el concepto de periodo de referencia, es decir, un lapso de tiempo respecto del cual

se observa si el individuo es activo o no, y otro, el del año de 1969 respecto al cual se pregunta el número de meses trabajados en el año, la posición en el trabajo, la clase de actividad y la ocupación principal" (CEED, 1991. pág. 266).

"Tomando en cuenta los censos de 1980, 1990 y datos del perfil socioeconómico de los Estados Unidos Mexicanos de 1995, pueden observarse modificaciones en el sentido de que los indicadores se han integrado de tal manera que la información ya no se maneja de forma aislada, sino que hay una interrelación entre los indicadores.

Incluso las Naciones Unidas han realizado un servicio muy importante para intentar establecer definiciones standard en la realización de censos, y para otros procedimientos de recogida y análisis de datos. Sin embargo, la tarea está lejos de ser completa, y a menudo no se puede estar seguro de que se utilizan estas definiciones standard en los datos que vemos publicados" (Bruce, 1968. pág. 20).

Puede decirse que en nuestro país, el INEGI es el máximo Instituto en lo que a recabar datos estadísticos se refiere, sin embargo, existen otras instancias que también se interesan por conocer las características de la población a la que atienden, con la finalidad de planear de acuerdo a necesidades reales. Tal es el caso del Consejo Nacional de Población (CONAPO), del Grupo Financiero Banamex, y de algunos otros autores que aquí se presentan, comenzando por los indicadores del desarrollo de una nación.

Indicadores del desarrollo de la nación

Bruce (1968), presenta los siguientes "indicadores socioeconómicos para medir el desarrollo de cualquier país:

- Recursos humanos
 - ♣ Población total
 - ♣ Porcentaje de la población en edad de trabajar
 - ♣ Porcentaje de personas asalariadas del total de población en edad de trabajar
 - ♣ Porcentaje de mujeres asalariadas sobre el total de la población asalariada
 - ♣ Tasa bruta de natalidad
 - ♣ Defunciones por 1000 habitantes
 - ♣ Crecimiento natural de la población. Tasa anual
 - ♣ Tasa anual (en porcentaje) de crecimiento de la población
 - ♣ Porcentaje de la población en ciudades de más de 20,000 habitantes.
 - ♣ Promedio anual de crecimiento.

- **Comunicaciones**
 - ✦ Tirada diaria de los periódicos por 1,000 habitantes
 - ✦ Número de unidades postales interiores per cápita
 - ✦ Número de unidades postales enviadas al extranjero per cápita
 - ✦ Número de unidades postales enviadas al extranjero sobre total de unidades recibidas del extranjero
 - ✦ Radios por 1,000 habitantes
 - ✦ Radios por 1,000 habitantes. Promedio anual de crecimiento
 - ✦ Número de receptores de televisión por 1,000 habitantes
 - ✦ Asistencia al cine per cápita
 - ✦ Porcentaje de la población que habla el idioma dominante sobre el total de población.

- **Riqueza**
 - ✦ Área (kilómetros cuadrados)
 - ✦ Población por kilómetro cuadrado
 - ✦ Población por 1,000 hectáreas de suelo agrícola
 - ✦ Producto Nacional Bruto per cápita
 - ✦ Tasa de crecimiento anual del Producto Nacional Bruto, per cápita
 - ✦ Porcentaje del Comercio Exterior
 - ✦ Porcentaje de la población activa en la agricultura
 - ✦ Porcentaje de la población activa en la industria
 - ✦ Porcentaje de desempleo sobre la población asalariada.

- **Sanidad**
 - ✦ Esperanza de vida: mujeres de edad cero
 - ✦ Tasa de mortalidad infantil
 - ✦ Habitantes por médico
 - ✦ Habitantes por cama de hospital.

- **Educación**
 - ✦ Estudiantes matriculados en Enseñanza Superior por 100,000 habitantes
 - ✦ Porcentaje de alumnos de Enseñanza Primaria y Media sobre el total de población de cinco a diecinueve años
 - ✦ Porcentaje de alfabetos sobre la población de quince o más años.

- **Familia y relaciones sociales**
 - ✦ Matrimonios por 1,000 habitantes de quince a cuarenta y cuatro años
 - ✦ Inmigrantes por 1,000 habitantes
 - ✦ Emigrantes por 1,000 habitantes.

- Distribución de la riqueza y la renta
 - ✦ Distribución del suelo agrícola
 - ✦ Porcentaje de explotaciones agrarias en tierras arrendadas sobre el total de explotaciones
 - ✦ Distribución de la renta antes de pagar impuestos
 - ✦ Distribución de la renta después de pagar impuestos.

- Religión
 - ✦ Porcentaje de católicos sobre la población total
 - ✦ Porcentaje de cristianos sobre la población total
 - ✦ Porcentaje de musulmanes sobre la población total" (Bruce, 1968. pág. 20-22).

Tamayo (1990), "maneja los indicadores socioeconómicos de forma general y refiere que los más utilizados son:

- Ingreso per cápita
- Participación del trabajo en la renta nacional
- Población económicamente activa
- Población urbana y rural
- Tasa de natalidad
- Porcentaje de analfabetismo
- Nivel de escolaridad de la población
- Disponibilidad per cápita de proteínas y calorías
- Número de habitantes por cuarto.

También se conocen como indicadores de desarrollo" (Tamayo, 1990. pág. 200).

Setién (1993), en su libro Indicadores sociales de calidad de vida; refiere en su estudio una serie de "indicadores utilizados conjuntamente con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) :

Preocupación social

Indicador

SALUD

Duración de la vida

- Esperanza de vida
- Tasa de mortalidad perinatal

Vida en buena salud

- Incapacidad temporal
- Incapacidad permanente

EDUCACIÓN Y ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS

- Utilización de las posibilidades educativas
 - Escolaridad regular
 - Enseñanza para adultos
- Adquisición de conocimientos
 - Tasa de alfabetización funcional

EMPLEO Y CALIDAD DE VIDA DE TRABAJO

- Acceso al empleo
 - Tasa de paro
 - Trab. a tiempo parcial involuntario
 - Trabajadores desanimados
 - Duración media de trabajo
 - Tiempo de trayecto
 - Vacaciones anuales pagadas
 - Horarios atípicos
 - Distribución de los salarios
 - Accidentes mortales de trabajo
 - Nocividad en el lugar de trabajo

TIEMPO Y OCIO

- Utilización del tiempo
 - Tiempo libre
 - Actividades de tiempo libre

CAPACIDAD ADQUISITIVA DE BIENES Y SERVICIOS

- Renta
 - Distribución de las rentas
 - Rentas bajas
 - Privación material
 - Distribución de los patrimonios

MEDIO FÍSICO

- Condiciones de vivienda
 - Vivienda, espacio interior
 - Acceso a espacios exteriores
 - Elementos básicos de confort
- Posibilidad de acceso a servicios
 - Proximidad de ciertos servicios
- Nocividad
 - Exposición a contaminantes atmosféricos
 - Exposición al ruido

MEDIO SOCIAL

- Integración social
 - Tasa de suicidio

SEGURIDAD DE LAS PERSONAS

Exposición a riesgo

- Traumatismos físicos mortales

- Traumatismos físicos graves

Percepción de amenazas

- Temores relativos a la seguridad personal" (Setién. 1993, pág. 50-53)

Indicadores para obtener el perfil socioeconómico

Los indicadores utilizados por diversas Instituciones para obtener el perfil socioeconómico de la población son entre otros:

Los del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), "para obtener el perfil sociodemográfico de México (1997):

1. Estructura por edad y sexo
2. Estado civil
3. Lugar de nacimiento
4. Lugar de origen
5. Lugar de residencia
6. Alfabetismo
7. Nivel de instrucción
8. Condición de actividad económica
9. Sector de actividad
10. Ocupación principal
11. Población económica
12. Ingreso por trabajo
13. Hogares
14. Egresos de los hogares
15. Distribución de las viviendas
16. Viviendas y ocupantes
17. Materiales de construcción de las viviendas
18. Servicios de la vivienda
19. Cocina y combustibles
20. Tenencia de la vivienda" (INEGI, 1997. pág. 7-108).

A partir de estos indicadores, el INEGI realiza una serie de cruce de variables y elaboración de cuadros y gráficas que dan mayor relevancia a la información.

Indicadores socioeconómicos de acuerdo al **Grupo Financiero Banamex** (1996), quien consultó al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), para seleccionar los indicadores más adecuados de acuerdo a sus intereses y, después de una amplia consulta con expertos en la materia, los indicadores socioeconómicos son los siguientes:

- "Aspectos demográficos">
 - ✦ Proporción de menores
 - ✦ Hijos por mujer
 - ✦ Hijos por mujer menor de 30 años
 - ✦ Hijos fallecidos por mujer menor de 30 años
 - ✦ Migración
 - ✦ Migración reciente.
- Educación
 - ✦ Alfabetismo
 - ✦ Asistencia escolar infantil
 - ✦ Asistencia escolar de la población de 12 a 14 años
 - ✦ Asistencia escolar juvenil
 - ✦ Escolaridad población post-primaria.
- Ocupación
 - ✦ Dependientes económicos
 - ✦ Ocupados en el sector primario
 - ✦ Ocupados en el sector secundario
 - ✦ Ocupados en el sector terciario
 - ✦ Ocupados en el sector no primario
 - ✦ Trabajadores de tiempo parcial
 - ✦ Ingresos menores al salario mínimo
 - ✦ Ingresos superiores a cinco salarios mínimos
 - ✦ Trabajadores por su cuenta.
- Vivienda
 - ✦ Disponibilidad de drenaje
 - ✦ Disponibilidad de agua entubada
 - ✦ Disponibilidad de electricidad
 - ✦ Uso de leña o carbón
 - ✦ Viviendas con un cuarto
 - ✦ Hacinamiento.

- Urbanización
 - ✦ Población rural
 - ✦ Población semirural
 - ✦ Población urbana
 - ✦ Trabajadores en labores agropecuarias" (Grupo Financiero Banamex, 1996. pág. 167).

Finalmente, se presentan los indicadores utilizados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en la publicación "La situación demográfica de México" (1998):

"1. Educación.

- Analfabetas mayores de 15 años
- Población sin primaria completa mayor de 15 años.

2. Empleo

- Estructura
- Desempleo y trabajo precario.

3. Salud

- Esperanza de vida
- Nivel de mortalidad
- Morbilidad infantil
- Salud de la mujer
- Maternidad sin riesgos
- Infección por virus (VIH)
- SIDA.

4. Vivienda

- Ocupantes en viviendas con y sin drenaje y excusado
- Ocupantes con y sin energía eléctrica
- Ocupantes sin agua entubada
- Piso de tierra
- Hacinamiento.

5. Población

- Migración Interna
 - ✦ Origen y destino de los migrantes

- ✦ Distribución de la población.
- Indígenas
 - ✦ Distribución territorial
 - ✦ Habla de lengua indígena
 - ✦ Fecundidad
 - ✦ Mortalidad infantil.
- Población Económicamente Activa
 - ✦ Niveles de actividad.
- Población joven
 - ✦ Distribución espacial
 - ✦ Composición por sexo
 - ✦ Educación
 - ✦ Participación económica
 - ✦ Actividad de los jóvenes
 - ✦ Demandas de diálogo e información de los jóvenes" (CONAPO, 1998. s/p).

Una vez que se han revisado diferentes propuestas de los indicadores socioeconómicos que se pueden utilizar para obtener información estadística sobre el desarrollo de un país, el perfil socioeconómico de la población o para cualquier otro fin, es necesario conceptualizar los indicadores, para lo cual se toman como referencia las definiciones del INEGI.

Conceptualización de indicadores

"Sexo: condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

Edad: número de años cumplidos o vividos por la persona, desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Lugar de origen: identidad federativa donde residía la persona cuando se fue a vivir a otro lugar; entidad federativa o país donde nació una persona.

Nacionalidad: País donde nació una persona.

Estado civil: estado matrimonial y al respecto menciona que es el estado de una persona en relación con su matrimonio, puede ser:

- a) Soltero (a): persona que no se ha casado (civil y/o religiosamente) y nunca ha vivido en unión libre.
- b) Casado (a): persona que está unida en matrimonio civil o religioso o ambos.
- c) Viudo (a): persona cuyo esposo(a) o pareja ha fallecido y no ha contraído nuevo matrimonio ni vive en unión libre con otro compañero.

- d) Divorciado (a): persona que se separó legalmente de su pareja o compañero (a) y actualmente no vive con otra pareja o no se ha vuelto a casar.
- e) Separado (a): persona que no vive con su pareja o compañero (a), sin haber llegado al divorcio, incluyendo a aquellos que han vivido en unión libre y no han vuelto a unirse.
- f) Unión libre: persona que vive en pareja sin formalizar legal y/o religiosamente su unión" (INEGI, 1997. pág. 149).

"Escolaridad: la escolaridad equivale al nivel de instrucción, misma que se mide a través de la situación que distingue a la población de 5 años y más, según su asistencia pasada y actual a cualquier establecimiento de enseñanza del Sistema Educativo Nacional como preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, profesional o posgrado, independientemente de su modalidad, ya sea pública o privada, escolarizada, abierta, de estudios técnicos o comerciales, educación especial o de educación para adultos" (INEGI, 1997. pág. 143).

"Ocupación: para conocer la actividad u ocupación de las personas, se maneja:

- a) Actividad económica. Actividad realizada para producir bienes y servicios para el mercado; incluye la producción agropecuaria para el autoconsumo.
- b) Actividad no económica. Actividad que se desarrolla para satisfacer necesidades personales o familiares, consideradas socialmente necesarias para el funcionamiento del hogar, la familia y sus miembros, siempre y cuando no produzca bienes y servicios para el mercado.
- c) Trabajador por su cuenta. Persona que trabajó en su propio negocio o empresa, sin contratar empleados o trabajadores a cambio de un pago; Aunque puede recibir ayuda de un familiar sin que éste reciba pago monetario.
- d) Trabajador sin pago en el negocio o predio familiar. Persona que trabajó en una semana de referencia apoyando a las actividades económicas de un negocio familiar o realizando actividades agrícolas o pecuarias de autoconsumo, sin recibir pago monetario, comprende también los trabajadores no familiares sin pago.
- e) Empleado u obrero. Persona que trabajó o prestó sus servicios a un patrón, empresa, negocio o dependencia pública o privada, a cambio de un sueldo, salario monetario o en especie.
- f) Jornalero o peón. Persona que trabajó para un patrón a cambio de un pago monetario (jornal o salario), generalmente, en actividades agrícolas, ganaderas o de la construcción.
- g) Patrón o empresario. Persona que trabajó en su propio negocio o empresa para la cual contrató uno o más empleados o trabajadores a cambio de un sueldo, salario o jornal en la semana anterior a la fecha de la entrevista.
- h) Población desocupada. Personas de 12 años y más que en la semana de referencia no trabajaron porque no tenían empleo, pero lo buscaron activamente" (INEGI, 1997. pág. 143-147).

"Lugar de residencia: alojamiento específico (vivienda, morada en donde se duerme y/o come habitualmente) que tiene la persona y al que se puede volver en

el momento que lo desee, es decir, el domicilio que da la persona" (INEGI, 1997. pág. 148).

"Derechohabiciencia y procedencia: uno de los factores más importantes que predispone y habilita a la población en la búsqueda y obtención de atención, es su pertenencia a un sistema de seguridad social que otorga derechos en el uso de servicios de salud" (INEGI, 1997. pág. 51).

"Ingreso: percepción monetaria recibida por desempeñar algún tipo de trabajo, puede ser:

- a) Ingresos por trabajo. Percepción total monetaria dinero que obtiene la persona ocupada por su (s) trabajo (s) o el desempeño de una actividad económica.
- b) Otros ingresos. Ingreso monetario que reciben las personas de 12 años y más en forma regular y que proviene de fuentes diferentes al desempeño de un trabajo. Se trata de ingresos recibidos por jubilación, pensión, ayuda de familiares desde otro país, Procampo, becas, alquiler o renta de bienes e intereses bancarios.
- c) Salario mínimo. Pago o remuneración (mensual) en dinero con que se retribuye a los trabajadores por su ocupación o trabajo" (INEGI, 1997. pág. 148).

"Número de integrantes en la familia: cantidad de personas que forman parte del núcleo familiar.

"Egresos promedio: se refiere a la cantidad del ingreso familiar que se destina a la alimentación, pago de renta, servicios y otros.

"Tenencia de la vivienda: situación legal en virtud de la cual los ocupantes habitan la vivienda. La tenencia se clasifica en:

- Vivienda particular: vivienda destinada a servir como alojamiento a hogares formados por una persona o grupo de personas o familias.
- Viviendas colectivas: vivienda destinada a servir como alojamiento habitual a personas sujetas a una subordinación de carácter administrativo y obligadas a cumplir normas de convivencia, en virtud de estar relacionadas por un objetivo público o algún interés personal común, tales como razón de salud, disciplina, orden, enseñanza, religión, trabajo, alojamiento o asistencia social. Las viviendas colectivas se clasifican en:
 - ♣ Hotel, motel, albergue, posada, mesón.
 - ♣ Pensión, casa de huéspedes, casa de asistencia.
 - ♣ Hospital, sanatorio, clínica, casa de salud.
 - ♣ Orfanatorio, hospicio, asilo, casa-cuna, casa-hogar.
 - ♣ Internado escolar, residencia estudiantil.

- ♣ Convento, monasterio, seminario, congregación religiosa.
- ♣ Cárcel, prisión, reclusorio, reformatorio, consejo tutelar, centro de rehabilitación para infractores, correccional, penitenciaria, colonia penal.
- ♣ Campamento de trabajo, barraca de trabajadores, plataforma petrolera.
- ♣ Cuartel, campamento, guarnición, base, destacamento de policía, militar o naval.
- ♣ Otro (campamento de refugiados o damnificados, burdel, prostíbulo y dormitorio público)" (INEGI, 1997. pág. 148-149).

"Servicios públicos: se refiere a los servicios disponibles en las viviendas como es el agua entubada, la energía eléctrica y la red de drenaje.

- Conexión de agua: mecanismo que acciona la descarga directa de agua al servicio sanitario.
- Disponibilidad de electricidad: existencia de energía eléctrica para fines de alumbrado en la vivienda, sin considerar la fuente de donde provenga, puede ser un acumulador, el servicio público de energía, una planta particular o una planta de energía solar, entre otros.
- Drenaje: instalación de tuberías que se construye en la vivienda para eliminar los desechos humanos y/o aguas de las instalaciones sanitarias de la vivienda. El sistema puede desembocar a la red pública de drenaje, a una fosa séptica, a un río, lago, grieta o barranca" (INEGI, 1997. pág. 144).

"Materiales de construcción: el tipo de material utilizado en la construcción de las paredes, el techo y el piso de las viviendas puede ser el siguiente:

- Embarajo o bajareque: enjarre (recubrimiento) de barro en la pared con una fina armazón de carrizo o palma.
- Terrado con vigería: techos comunes en las áreas rurales del norte del país, compuestos a base de troncos, tierra con cal y un entortado de cemento y cal arriba.
- Concreto: construcción con muros y techos de barilla y cemento.
- Material predominantes en paredes, techos y pisos: elemento básico de construcción de la mayor parte de las paredes y techos de la vivienda, en el caso de los pisos se refiere a la mayor parte del recubrimiento" (INEGI, 1997. pág. 146)

"Número de personas por dormitorio: la ocupación de un número determinado de personas en un espacio destinado para dormir.

Zona de ubicación de la vivienda: todo lugar con una o más viviendas habitadas. Este lugar es reconocido por un nombre dado por la ley o la costumbre, las localidades habitadas pueden ser de los siguientes tipos:

- Rural: con una población menor a 2500 habitantes

- Suburbana: con una población mayor a 2500 habitantes y con 1 o 3 servicios públicos
- Urbana: con todos los servicios públicos necesarios para la subsistencia" (INEGI, 1997. pág. 146).

2.3 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN EL ÁREA DE LA SALUD

Los indicadores socioeconómicos utilizados en el área de la salud no están unificados, pues en el interior de la República son unos, a nivel Distrito Federal son otros y los que manejan los Institutos Nacionales de Salud son otros.

A continuación se presentan los indicadores utilizados por los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Indicadores de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

- Fecha
- Número de expediente
- Unidad
- Servicio
- Número de cama
- Referencia
- Contrarreferencia
- Ingreso hospitalario

- ♣ Primera vez
- ♣ Reingreso

- Nivel socioeconómico
- Datos generales del paciente

- ♣ Nombre
- ♣ Fecha de nacimiento
- ♣ Estado civil
- ♣ Escolaridad
- ♣ Ocupación
- ♣ Religión

- Originario
- Derechohabiente
- Domicilio permanente
- Domicilio temporal
- Nombre del familiar responsable
- Teléfono
- Parentesco
- Domicilio del responsable
- Diagnóstico médico
- Datos familiares

- ♣ Grupo familiar
- ♣ Calificación
- Ocupación
 - ♣ Desempleado
 - ♣ Subempleado
 - ♣ Obreros
 - ♣ Comerciantes
 - ♣ Servidores públicos
 - ♣ Profesionistas – Empresarios
 - ♣ Calificación
- Ingreso familiar
 - ♣ Jefe de familia
 - ♣ Esposo (a)
 - ♣ Hijo (a)
 - ♣ Otros
 - ♣ Total
- Egreso familiar
 - ♣ Alimentación
 - ♣ Renta o predio
 - ♣ Agua, luz, combustible
 - ♣ Transporte
 - ♣ Educación
 - ♣ Consumos adicionales
 - ♣ Total
- Salario
 - ♣ Sin salario y (-) del salario mínimo
 - ♣ Salario mínimo y más del salario mínimo
 - ♣ 2 – 3 veces el salario mínimo
 - ♣ 4 o (+) del salario mínimo
 - ♣ Calificación
- Situación económica
 - ♣ Indigente
 - ♣ Déficit
 - ♣ Equilibrio
 - ♣ Solvente
 - ♣ Excedente

- ♣ Calificación
- Tipo de vivienda
 - ♣ Sin vivienda
 - ♣ Jacal, choza, vecindad, cuarto redondo
 - ♣ Casa o departamento popular
 - ♣ Casa o departamento residencial
 - ♣ Calificación
- Número de dormitorios
 - ♣ Vivienda en un cuarto
 - ♣ Vivienda con uno a dos dormitorios
 - ♣ Vivienda con tres dormitorios
 - ♣ Vivienda con cuatro y más dormitorios
 - ♣ Calificación
- Diagnóstico social
- Suma de calificación
- Escala de calificación" (Estudio socioeconómico de los Institutos de Servicios de Salud del Distrito Federal. s/a, s/p).

Indicadores utilizados en el INER a través del estudio socioeconómico.

- “Fecha
- Diagnóstico
- Número de expediente
- Referencia interna
- Especialidad
- Datos de identificación
 - ♣ Nombre
 - ♣ Lugar de nacimiento
 - ♣ Edad
 - ♣ Fecha de nacimiento
 - ♣ Sexo
 - ♣ Nacionalidad
 - ♣ Escolaridad
 - ♣ Estado civil
 - ♣ Ocupación
 - ♣ Domicilio permanente
- Lugar de procedencia
 - ♣ Domicilio provisional
 - ♣ Domicilio de trabajo
- Derecho-habiente de otra Institución
- Datos de los familiares
 - ♣ Nombre del padre
 - ♣ Nombre de la madre
 - ♣ Nombre del cónyuge
 - ♣ Persona responsable
 - ♣ Parentesco
 - ♣ Domicilio del responsable
 - ♣ Domicilio de trabajo
- Referencia
- Tipo de ocupación del principal proveedor económico
- Ingresos
 - ♣ Del jefe de familia
 - ♣ De hijos
 - ♣ Otros
 - ♣ No. de miembros por familia

- ♣ Total de ingresos
- ♣ Ingreso per cápita
- Egresos
 - ♣ Alimentación
 - ♣ Vivienda
 - ♣ Servicios
 - ♣ Otros
 - ♣ Total de egresos
- Vivienda
 - ♣ Zona de ubicación
 - ♣ Tipo de vivienda
 - ♣ Tenencia
 - ♣ Servicios públicos intra domiciliarios
 - ♣ Material de construcción
 - ♣ Número de habitaciones
 - ♣ Número de personas por dormitorio
- Estado de salud en la familia
 - ♣ Número de enfermos
- Tipo de paciente
- Total de puntos
- Clasificación” (Estudio socioeconómico del INER, 2000. s/p).

Con estos indicadores se obtiene el perfil socioeconómico de los usuarios del INER, para lo cual es necesario conocer el procedimiento que se sigue para obtener los datos y con ellos la clasificación socioeconómica de los pacientes.

De acuerdo con el Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud (s/a): “Con el propósito de ubicar con objetividad a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud dentro de alguno de los niveles socioeconómicos y asignarles la cuota de recuperación correspondiente, se consideran los siguientes seis indicadores a los que se otorgan los valores porcentuales anotados para conformar el 100% de la calificación.

1. Ingreso familiar	55%
2. Ocupación	10%
3. Alimentación	10%
4. Tipo de vivienda	18%

5. Lugar de residencia 5%
6. Estado de salud familiar 2%
Total 100%" (Manual de procedimientos para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los INSalud, s/a, s/p).

"1. Ingreso familiar mensual

Se refiere a la suma de ingresos que percibe la familia y para efectos de asignar la puntuación, se considera el número total de sus miembros que dependen económicamente de ese ingreso.

Se calcula de acuerdo con el siguiente cuadro:

INGRESO FAMILIAR	Número de dependientes económicos				
	1-2	3-4	5-6	7-8	> 9
	Puntuación				
Menos de 1 S.M.*	0	0	0	0	0
Más de 1 S.M. a 1.5 S.M.	15	10	5	0	0
Más de 1.5 S.M. a 3.0 S.M.	20	15	10	5	0
Más de 3.0 S.M. a 4.5 S.M.	25	20	15	10	5
Más de 4.5 S.M. a 6.0 S.M.	30	25	20	15	10
Más de 6.0 S.M. a 8.0 S.M.	35	30	25	20	15
Más de 8.0 S.M. a 10.0 S.M.	40	35	30	25	20
Más de 10.0 S.M. a 13.0 S.M.	45	40	35	30	25
Más de 13.0 S.M. a 16.0 S.M.	50	45	40	35	30
De 16.0 o más	55	50	45	40	35

*S.M.: Salario Mínimo General vigente en el Distrito Federal.

Fuente: Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud. (s/a), s/p.

2. Ocupación.

Se considera el tipo de ocupación del principal proveedor económico de las familias en estudio, de acuerdo al siguiente cuadro:

Tipo de ocupación

PUNTOS	GRUPO*	DESCRIPCIÓN
0	Desempleados	
3	Becarios	
3	Trabajadores no calificados	
4	Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios	
5	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	
6	Operadores de instalaciones, máquinas y montadores	
7	Agricultores y trabajadores calificados, agropecuarios y pesqueros	
7	Empleados de oficina, jubilados y pensionados	
8	Técnicos y profesionales de nivel medio	
9	Profesionales, científicos e intelectuales	
10	Fuerzas armadas	
10	Ejecutivos e inversionistas	

*Versión modificada de la clasificación Internacional Uniforme de Ocupación (OIT, 1991).

Fuente: Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud.(s/a), s/p.

3. Alimentación

PORCENTAJE DE INGRESO FAMILIAR PARA LA ALIMENTACIÓN	PUNTUACIÓN
71% o más	0
61% - 70%	2
51% - 60%	4
41% - 50%	6
31% - 40%	8
21% - 30%	10

Fuente: Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud.(s/a), s/p.

Al momento de construir la variable se considerará con mayor capacidad económica, aquel sujeto que destina una proporción menor de su ingreso para satisfacer sus necesidades de alimentación" (Manual de procedimientos para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los INSalud, s/a, s/p).

"4. Vivienda

Se refiere al lugar físico y sus características en el que habitan los integrantes de la familia o el individuo.

Se calculará de acuerdo con el siguiente cuadro; la puntuación final resulta de la suma de cada uno de los puntos que la integran.

VIVIENDA	PUNTUACIÓN
TIPO DE TENENCIA	
Rentada	0
Prestada	1
Propia pagada*	3
SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS (Agua, luz, drenaje, teléfono)	
0 - 1	0
2	1
3	2
4 o más	3
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN	
Lámina de cartón, madera u otro	0
Mixta	1
Mampostería	3
NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO**	
4 o más	0
3	1
1 - 2	3
NÚMERO DE HABITACIONES	
1 - 2	0
3 - 4	2
5 o más	3
TIPO DE VIVIENDA***	
Grupo 1 (Institución de Protección Social, Cuarto - dormitorio, cueva, choza, barraca, tugurio)	0
Grupo 2 (Vecindad, casa rural, cuarto de servicio)	1
Grupo 3 (Departamento o casa popular, Depto. o casa proletaria)	2
Grupo 4 (Departamento o casa clase media)	3
Grupo 5 (Departamento o casa residencial)	4
TOTAL	18

*Si se encuentra en proceso de pago se considerará como rentada

**En caso de existir más de un dormitorio, se considerará el que tenga mayor número de personas

***Consultar Manual de Tipo de Vivienda

Fuente: Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud (s/a), s/p

5. Lugar de residencia.

Se refiere al área geográfica en que reside el paciente, se considerará como una variable de egreso a efecto de favorecer al paciente foráneo al momento de asignarle nivel socioeconómico.

Se calculará de acuerdo con el siguiente cuadro:

AREA GEOGRÁFICA	PUNTUACIÓN
Distrito Federal	3
Estado de México	2
Otras Entidades Federativas	1
Zona de Ubicación	
Urbana	2
Suburbana	1
Rural	0
Total	5

Fuente: Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud.(s/a), s/p.

6. Estado de Salud Familiar

Se refiere al número de enfermos crónicos, agudos o en rehabilitación que al momento de realizar el estudio existan en el núcleo familiar y que representan gasto o una disminución del ingreso.

Se calculará de acuerdo con el siguiente cuadro:

NÚMERO DE ENFERMOS EN EL NÚCLEO FAMILIAR	PUNTUACIÓN
Tres o el principal aportante del ingreso familiar	0
Dos	1
Uno (incluye paciente)	2

Fuente: Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud.(s/a), s/p.

Asignación de la Clasificación Socioeconómica

Una vez obtenido el valor de cada uno de los indicadores, se procederá a la suma de los mismos para obtener la puntuación final y determinar a cuál de los seis niveles de clasificación socioeconómica corresponde el usuario.

Este cálculo se realizará de acuerdo con el siguiente cuadro:

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
0 - 12	1x
13 - 24	1
25 - 36	2
37 - 52	3
53 - 68	4
69 - 84	5
85 - 100	6"

Fuente: Manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud (s/a), s/p

2.4 TRABAJO SOCIAL Y EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Haciendo un breve recuento de lo que ha sido el trabajo social a través de los años, tanto en México como en muchos otros países se puede ver que de acuerdo con el autor San Martín (1984), "desde sus comienzos hasta lo que es actualmente, el trabajo social ha pasado por diversas etapas relacionadas con diferentes periodos de la historia social de los países. En Inglaterra, las primeras asistentes sociales fueron las llamadas 'damas limosneras' (*Ladies almoners*), entre 1840 y 1848. Comprobaban la situación del enfermo y averiguaban si podían pagar el costo total o parcial del tratamiento, ayudaban con ropas y alimentos a los enfermos dados de alta"... (San Martín, 1984. pág. 222).

"En Estados Unidos de América, el trabajo social se inició, hacia comienzos del siglo veinte, junto a los médicos. Las llamadas 'inspectoras domiciliarias', fueron colaboradoras del médico en el estudio de las condiciones sociales y psíquicas de los enfermos. En América Latina, el trabajo social inició como una actividad técnica de asistencia esencialmente médica. Su acción principal se desarrolló en los hospitales, usando el caso individual" (San Martín, 1984. pág. 222).

En lo que se refiere a la situación de nuestro país, Flores (1991) en su Artículo "Surgimiento y desarrollo del Trabajo Social en México" apunta que: "remontándose a los primeros hechos organizados de lo que dio paso al Trabajo Social, puede decirse que desde 1920, diversas instituciones de Asistencia Pública o Bienestar Social, contrataron personas encargadas de recabar información con respecto a la población a la que atendían" (Flores, 1991. pág. 21).

Esas personas, fueron llamadas de diversas formas: inspectoras, visitadoras sociales, promotoras del hogar, etc., aunque de manera empírica en sus inicios, tuvieron la función de levantar información y rendir opinión sobre la admisión o rechazo de los aspirantes a los servicios. Incluso debían investigar sobre el funcionamiento de las propias instituciones para las que trabajaban (Flores, 1991. pág. 22).

De acuerdo con los datos que refiere Valero (1994), "en el año de 1929, fueron asignadas diez personas como 'inspectoras' de la beneficencia pública, a fin de que investigaran a los solicitantes de ayuda. Las inspectoras visitaban los domicilios y rendían informes en los que se incluían sus conclusiones acerca de si procedía o no la ayuda solicitada. En 1939 se daba una orientación, de carácter superficial, a las 'inspectoras' acerca de los datos que deberían tomar para determinar los servicios que se brindarían al solicitante, siendo éstos: nombre completo, domicilio exacto, petición, motivo de ésta, organización familiar, recursos de la familia, entre otros" (Valero, 1994. pág. 50).

"Hacia 1943, la Secretaría del Trabajo contrató a las primeras trabajadoras sociales, al igual que la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social. En todos los casos, una de las principales

actividades que desarrollaron, fue realizar a los pacientes una serie de preguntas para determinar si podían acceder o no al servicio" (Flores, 1991. pág. 23).

Aunque no coinciden los autores en cuanto a las fechas en las que se incorporaron trabajadoras sociales a las diversas instituciones, en lo que sí coinciden, es en señalar las principales funciones y actividades realizadas en las diversas instituciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Respecto al Hospital General de México, Valero (1994) indica que "existen pocos datos en cuanto a la incorporación de trabajadoras sociales, sin embargo, las personas con mayor antigüedad relatan que desde sus primeros años de funcionamiento, se contó con algunas personas, empíricas todas ellas, que se encargaban de fijar cuotas de restitución y en contadas ocasiones se hacían cargo de problemas de orden social. En 1954 se estableció en forma más organizada el Departamento de Trabajo Social" (Valero, 1994. pág. 58).

Continuando con información obtenida de Valero (1994), "en el Hospital Infantil de México, la función de la trabajadora social era realizar el estudio de caso en el hogar del menor, ayudando posteriormente a la adaptación del niño al hospital, ambientándolo y manteniéndolo vinculado con su familia, así como en las labores de recuperación hospitalaria. Otra función lo fue el fijar cuotas, las que guardan relación con los ingresos de la familia, sin embargo, cuando a su criterio consideraba que la familia estaba económicamente imposibilitada de cooperar en los costos de la atención médica del menor se podía exentar de la cuota de recuperación" (Valero, 1994. pág. 60).

Respecto a los Institutos Nacionales de Salud, Valero (1994), indica que "por mencionar algunos, se encuentra el Instituto Nacional de Cardiología, que desde su inicio en 1944, incluyó personal empírico encargado de realizar visitas a enfermos, proporcionando ayuda 'espiritual' y asignando cuotas de recuperación de los servicios médicos recibidos; hasta 1964 la institución contó formalmente con cinco trabajadoras sociales, quienes mediante técnicas avanzadas investigaban la situación social y económica de los pacientes, a fin de integrar un diagnóstico social" (Valero, 1994. pág. 63).

"En el Instituto Nacional de Nutrición, fundado en 1946, personal empírico realizaba la función de establecer cuotas de recuperación mediante la clasificación socioeconómica de los pacientes" (Valero, 1994. pág. 64).

Siguiendo con la secuencia cronológica, el autor Fajardo (1972) escribe que "el departamento de trabajo médicosocial o de servicio médicosocial es de gran valor para el tratamiento integral del enfermo, a quien puede ayudar por medios sociales o económicos, cuando es necesario, así, puede hacerse estudios sobre el estado financiero del paciente para determinar las cuotas que debe pagar por la atención, facilita al traslado de pacientes a otras unidades hospitalarias y pone en contacto al paciente con el exterior, reorientándolo en su caso" (Fajardo, 1972. pág. 132).

El autor Sánchez (1999), menciona las funciones y actividades relevantes del trabajador social en el área de la salud, "entre las funciones se pueden mencionar:

- Investigación
- Administración
- Educación Social y
- Asistencia"

Para esta última función menciona como actividades:

"Valorar el otorgamiento de servicios a partir de *estudios socioeconómicos* y psicosociales, canalización de pacientes a otras instituciones médicas, proveer servicios de apoyo, ambulancias, funeraria, medicamentos, aparatos, etc." (Sánchez, 1999. pág. 199).

Con lo anterior se puede ver que a lo largo de la historia, una de las actividades de trabajo social ha sido y sigue siendo la elaboración del estudio socioeconómico con diversos fines como el brindar o no asistencia a los pacientes que lo solicitan, conocer la capacidad de pago de los usuarios, asignar la clasificación socioeconómica para el pago de los servicios, así como obtener información sobre el entorno social y familiar del paciente.

CAPÍTULO 3

57-A

CAPÍTULO 3

PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL. "INVESTIGACIÓN SOCIAL: UNA EXPERIENCIA DESDE EL SERVICIO SOCIAL"

La realización del servicio social en la División de Estudios de Posgrado, consistió en la integración a dos investigaciones planteadas en el programa anual de actividades periodo 2000 – 2001:

I. "Una aproximación a la construcción de las teorías contemporáneas del trabajo social en la Ciudad de México"

Para esta investigación, la responsable pretendía:

- Elaborar un proyecto e iniciar a operar una investigación de tipo exploratorio, de campo y transversal.
- Elaborar el instrumento de medición que permita una aproximación a este tema de estudio" (Silva, no publicado, 2000. pág. 5).

En esta investigación, a la prestadora de servicio social se le encomendó realizar revisión bibliográfica para preparar un marco teórico.

II. "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER"

Para esta investigación, la responsable se propuso:

- Construir en este periodo el estudio exploratorio, de campo y transversal, financiado por el PAPIIT, IN305300.
- Contratar a los becarios que el PAPIIT financiaría a través de este proyecto.
- Realizar todas y cada una de las actividades necesarias para aplicar en tiempo y forma las diferentes partidas que el PAPIIT, designó para este proyecto." (Silva, no publicado, 2000. pág. 4).

El problema giró en torno a conocer si:

"¿Son las variables del estudio socioeconómico con sus indicadores ponderados capaces de medir con validez y confiabilidad el nivel socioeconómico de los usuarios del INER?"

Este problema de investigación posee diversas variantes que lo ubican como relevantes:

- Localizar las variables sustantivas para medir objetivamente el nivel socioeconómico de los usuarios de los servicios de salud.
- Contar con un instrumento confiable y válido que podrá ser aplicado a los usuarios de los servicios de salud, garantizando un mínimo de equidad en la aplicación de las cuotas de recuperación.

- Homogeneizar la aplicación del estudio socioeconómico en sus variables sustantivas.
- La posibilidad de aproximarnos y profundizar de manera teórica, metodológica y sistemática a un tema nodal para los trabajadores sociales, el estudio socioeconómico.
- La posibilidad de rescatar el estudio socioeconómico y colocarlo en su justa dimensión en el hacer de los trabajadores sociales.
- Proponerlo a la Secretaría de Salud para que se apruebe el uso de las variables que miden el nivel socioeconómico, obtenidas como resultado de esta línea de investigación, así como normar la aplicación del procedimiento

El objetivo de la investigación giró en torno a obtener un instrumento de tipo estudio socioeconómico válido y confiable, para ser aplicado a los usuarios del INER" (Silva, no publicado, 2001. pág. 15).

Respecto a esta segunda investigación en la que se participó desde el servicio social, se me designó la tarea de preparar el perfil socioeconómico a partir de una muestra de usuarios a quienes se abrió expediente en el INER, de enero a mayo de 2001, como un subproducto de la primera fase del estudio exploratorio de dicha investigación y con la finalidad de que la prestadora tuviera un conocimiento integral de lo que es la investigación social y no sólo una parte de ésta.

3.1 OBJETIVOS

Objetivo General:

Participar a través de la experiencia del servicio social, en una investigación sobre la construcción de las teorías contemporáneas del trabajo social y en una investigación sobre el estudio socioeconómico válido y confiable.

Objetivos específicos

- Del servicio social
 - Hacer revisión bibliográfica sobre teoría y teorías contemporáneas del trabajo social.
 - Hacer revisión bibliográfica para apoyar en el proyecto "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER"
- De titulación
 - Depurar una muestra aleatoria de la base de datos, de los sujetos a quienes se abrió expediente en el INER durante los primeros cinco meses del año 2001, con el paquete estadístico SPSS versión 8.
 - Aplicar las estadísticas necesarias que permitirán llegar a la elaboración de tablas y cuadros en los que se plasmarán los resultados que se obtengan de la depuración de una muestra aleatoria de la base de datos del estudio socioeconómico aplicado de enero a mayo de 2001.
 - Obtener el perfil socioeconómico del estudio aplicado a los usuarios del INER, de enero a mayo de 2001 y elaborar el trabajo recepcional, mediante el Servicio Social en la División de Estudios de Posgrado de la ENTS - UNAM.

3.2 METAS

- Del servicio social
 - Entregar la información bibliográfica recabada de nueve textos sobre teoría y teorías contemporáneas del trabajo social.
 - Entregar la información bibliográfica recabada de catorce textos sobre el estudio socioeconómico.

- De titulación

- Obtener una base de datos depurada, de una muestra aleatoria del estudio socioeconómico aplicado en los primeros cinco meses de 2001 en el INER.
- Elaborar las tablas y cuadros con los resultados de la base de datos de una muestra de usuarios del INER en el periodo enero a mayo de 2001.
- Conocer el perfil socioeconómico de los usuarios del INER, de enero a mayo de 2001, a partir de una muestra aleatoria representativa para tener minimamente el 50% del trabajo recepcional al finalizar el Servicio Social.

3.3 ACTIVIDADES REALIZADAS

Las efectuadas para cada tema, se presenta por separado para su mejor explicación.

3.3.1 INVESTIGACIÓN I "UNA APROXIMACIÓN A LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TEORÍAS CONTEMPORÁNEAS DEL TRABAJO SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO"

Revisión bibliográfica de tres documentos de la supervisora, sobre investigación cualitativa para decidir si la investigación sobre teorías contemporáneas podía hacerse por el método cualitativo.

Los documentos fueron:

1. *FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA METODOLOGÍA ETNOGRÁFICA*. Documento obtenido en <http://prof.usb.ve/miguelm/ic2fundamteor.html>
2. Bogdan R: Taylor S. J. (1992). *INTRODUCCIÓN A LOS MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN*. Paidós, Barcelona.
3. Merino Carmen. *METODOLOGÍA CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL*. UNAM. México.

Se revisaron doce diccionarios en la biblioteca de la ENTS, de los cuales cinco fueron de utilidad para obtener definiciones de teoría y un texto, los títulos fueron:

1. P.V. Kopnin. (1966). *LÓGICA DIALÉCTICA*. Grijalbo. México.
2. Azárov N. I. et. al. (1977). *DICCIONARIO MARXISTA DE FILOSOFÍA ABREVIADO*. Cultura popular. México.
3. Meza Virginia, Dávalos Federico. (1977). *GLOSARIO DE CIENCIAS HISTÓRICO-SOCIALES. PARTE 2*. Edicol. México.
4. Ferrater Mora José. (1985). *DICCIONARIO DE FILOSOFÍA ABREVIADO*. Hermes. México.
5. Mascitelli Ernesto. (1985). *DICCIONARIO DE TÉRMINOS MARXISTAS*. Grijalbo. México.
6. Ander-Egg Ezequiel. (1995) *DICCIONARIO DEL TRABAJO SOCIAL*. Lumen. Argentina.

Se revisaron tres textos sobre construcción de teoría y uno sobre lógica y teoría de conjuntos:

1. P.V. Kopnin. (1966). *LÓGICA DIALÉCTICA*. Grijalbo. México.
2. Salazar Resines Javier. (1978). *INTRODUCCIÓN A LA LÓGICA DEDUCTIVA Y TEORÍA DE LOS CONJUNTOS*. UNAM. México.
3. Bunge Mario. (1992). *LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA*. Ariel. México.
4. Gutiérrez Saenz Raúl. (1992). *INTRODUCCIÓN AL MÉTODO CIENTÍFICO*. Esfinge. México.

El último libro se revisó debido a que según el autor Bunge, para construir la teoría es necesario recurrir a las matemáticas y a la lógica, para lo cual hay que conocerlas. Sin embargo, sólo se revisaron cinco capítulos del libro mencionado y se suspendió la actividad debido a que la información obtenida para el marco teórico sobre "Teorías contemporáneas" era muy poca.

Para saber cómo operacionalizar la variable teoría se revisaron los siguientes títulos:

1. Goode W.J. Hatt P.K. (1974). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. Trillas. México.
2. Kedrov B. M. (1978). *LA CIENCIA*. Grijalbo. México.
3. Ander-Egg Ezequiel. (1980). *TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. Cid. Barcelona.
4. Academia de Ciencias de Cuba. (1987). *METODOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO*. Quinto Sol. México.
5. Chávez Calderón. (1987). *MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN: Procedimientos, técnicas y ejemplos en las distintas disciplinas*. Cultural. México.
6. Briones Guillermo. (1990). *MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN PARA LAS CIENCIAS SOCIALES*. Trillas. México.
7. Chalmers Alan. (1992). *LA CIENCIA Y CÓMO SE ELABORA*. Siglo XXI. México.
8. Dieterich Heinz. (1997). *NUEVA GUÍA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA*. Ariel. México.
9. Wolfgang Balzer. (1997). *TEORÍAS EMPÍRICAS: MODELOS, ESTRUCTURAS Y EJEMPLOS*. Alianza. Madrid.

Aunque todos estos libros fueron revisados, en ninguno de ellos se encontró alguna manera de operacionalizar la variable teoría.

Finalmente, respecto al tema Teorías contemporáneas de Trabajo Social, se revisaron cuatro textos sobre trabajo social y práctica profesional:

1. Di Carlo Enrique. et. al. (1979). *TEORÍA Y REALIDAD DEL SERVICIO SOCIAL*. Humanitas. Buenos Aires.
2. Moix Martínez Manuel. (1991). *INTRODUCCIÓN AL TRABAJO SOCIAL*. Trivium. Madrid.
3. Malcolm Payne. (1995). *TEORÍAS CONTEMPORÁNEAS DEL TRABAJO SOCIAL*. Paidós. Barcelona.
4. De Barros Nidia Aylwin. et. al. (1999). *UN ENFOQUE OPERATIVO DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL*. Lumen. Argentina.

Al terminar la revisión bibliográfica de este tema, la información obtenida se organizó de la siguiente manera:

- Definiciones de teoría.

- Métodos para construir teoría.
- Trabajo Social y práctica profesional .

3.3.2 INVESTIGACIÓN II "HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO VÁLIDO Y CONFIABLE PARA SER APLICADO EN EL INER"

Las actividades consistieron en realizar revisión bibliográfica sobre perfil socioeconómico, indicadores socioeconómico y estudio socioeconómico, y como producto final, obtener el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, de enero a mayo de 2001, para lo cual se realizó lo siguiente.

MARCO TEÓRICO

Para obtener definiciones sobre perfil socioeconómico se revisaron los siguientes textos:

1. Fajardo Ortiz Guillermo. (1983). *DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA*. Salvat. México.
2. *DICCIONARIO BÁSICO DEL ESPAÑOL DE MÉXICO*. (1986). El Colegio de México. México.
3. Tamayo Mario. (1990). *DICCIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA*. Limusa. México.
4. Real Academia Española. (1992). *DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA*. Tomo II. Espasa Calpe. Madrid.
5. Ander-Egg Ezequiel. (1995). *DICCIONARIO DEL TRABAJO SOCIAL*. Lumen. Argentina.
6. Lara Luis Fernando. (1996). *DICCIONARIO DEL ESPAÑOL USUAL EN MÉXICO*. El Colegio de México. México.
7. Seco Manuel, et. al. (1999). *DICCIONARIO DEL ESPAÑOL ACTUAL. VOL. II*. Aguilar España.

Para obtener información sobre indicadores socioeconómicos, se revisaron:

1. Centro de Estudios Económicos y Demográficos. (1981). *DINÁMICA DE LA POBLACIÓN DE MÉXICO*. El colegio de México. México.
2. Setién María Luisa. (1993). *INDICADORES SOCIALES DE CALIDAD DE VIDA. UN SISTEMA DE MEDICIÓN APLICADO AL PAÍS VASCO*. España.
3. Grupo Financiero Banamex. Accibal. (1996). *MÉXICO SOCIAL. ESTADÍSTICAS SELECCIONADAS*. México.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1997). *PERFIL SOCIOECONÓMICO. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. CONTEO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 1995*. INEGI. México.
5. Consejo Nacional de Población. (1998). *LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE MÉXICO*. CONAPO. México.
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS (1930 – 1998)*. INEGI. México.

Para contextualizar tanto a la Institución en donde se realizó el perfil socioeconómico de los usuarios, el INER y el Servicio Social, la ENTS, las fuentes consultadas fueron:

1. ENTS. (1974). *BOLETÍN INFORMATIVO DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. ENERO – MAYO*. México.
2. ENTS. (1987). *MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL*. México.
3. Ocaña Ocaña Ma. de Jesús A. (1995). *UNA EXPERIENCIA DE LA ORGANIZACIÓN SOCIMÉDICA Y LABORES ASISTENCIALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS*. Tesis. ENTS UNAM. México.
4. Reyes Martínez Norma Leticia. (1995). *LA INVESTIGACIÓN: UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE TERCER NIVEL (INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS)*. Memoria. ENTS UNAM. México.
5. www.iner.gob.mx
6. www.trabajosocial.unam.mx

DEPURACIÓN DE BASE DE DATOS

Una vez concluida la revisión del material bibliográfico, inició la capacitación para depurar la base de datos de una muestra de usuarios que acudieron al INER los primeros cinco meses del año 2001. La capacitación consistió en:

- La impresión de la base de datos 1998 –1999 depurada tiempo atrás por la supervisora, para enseñarme la manera en que determinaron las categorías manejadas en el estudio socioeconómico.
- Se hizo una segunda revisión a la base de datos para determinar los rangos en que debía trabajar las variables de la muestra 2001 que se me entregó para obtener el perfil socioeconómico de los usuarios del INER.
- Una vez que me entregaron el disco con la base de datos, la supervisora me enseñó a depurarla en la computadora de su oficina, utilizando el paquete estadístico SPSSpc versión 8, haciendo un ejemplo con la variable "lugar de nacimiento". Yo fui tomando nota del procedimiento y terminando ese ejercicio continué practicando con otra variable mientras la supervisora fue a dar su clase de Investigación Social. Debido a que la doctora tenía mucho trabajo, cuando regresó fui al laboratorio de cómputo de la ENTS a seguir practicando, pero ahí las computadoras tienen la versión 10 del SPSS y además sólo permiten trabajar una hora y media, lo cual era muy poco para la cantidad de trabajo por hacer.
- La falta de equipo para trabajar de forma continua en la Escuela, hizo que la supervisora me propusiera trabajar en casa la depuración y cualquier otra actividad relacionada con el presente informe y así se hizo.

La muestra de la base de datos de los usuarios que acudieron al INER de enero a mayo de 2001 y a quienes se abrió expediente consta de 514 sujetos y 146 variables, de las cuales se trabajó con 102 variables para obtener el perfil socioeconómico.

3.4 RESULTADOS GENERALES DEL PROYECTO

Una vez que se han descrito los objetivos y metas, así como las actividades realizadas, es posible hacer un balance de los resultados alcanzados en el servicio social.

Como ya se ha mencionado, la supervisora se propuso desarrollar tres investigaciones en el periodo 2000 – 2001, de las cuales sólo una de ellas tuvo financiamiento de PAPIIT, -la del estudio socioeconómico-, de ahí que surgiera la necesidad de delegar trabajo mediante el servicio social.

Para la investigación sobre teorías contemporáneas, la supervisora pretendía elaborar el proyecto de investigación, para lo cual se debía iniciar por la revisión de bibliografía, que fue la parte que se me encargó trabajar.

Respecto a la investigación del estudio socioeconómico, se me indicó obtener el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, lo cual como ya se mencionó, es un subproducto de la primera fase del estudio exploratorio de dicha investigación.

Respecto a los resultados obtenidos con la realización del servicio social, puede decirse que son satisfactorios ya que se alcanzaron las metas establecidas en el proyecto y se cumplió con los objetivos tanto general como específicos del mismo. En cuanto a la primera investigación, de la revisión bibliográfica que se hizo, la supervisora cuenta con un resumen de diversos libros que aún es preciso trabajar para que se convierta en un buen marco teórico para la elaboración futura de un proyecto de investigación que, sin duda resultará muy interesante sobre "Teorías contemporáneas de Trabajo Social".

Sin embargo, puede decirse que una gran parte del trabajo que resulta tardado y laborioso es precisamente la búsqueda de bibliografía útil para elaborar un proyecto de investigación, por lo que el resultado de la primera etapa del servicio social fue bueno.

En lo que se refiere a la segunda etapa que es la obtención del Perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, los resultados generales también pueden considerarse satisfactorios, pues se cumplió tanto con los objetivos como con las metas establecidas.

Haciendo referencia a la revisión bibliográfica, gran parte de la misma se recupera para dar forma a este documento, lo mismo sucede con la metodología de la investigación y los resultados donde se da a conocer el perfil de los usuarios del INER, que se presentan en el siguiente capítulo.

De hecho, todo lo que se refiere a la segunda etapa de la realización del servicio social queda plasmado en este trabajo recepcional, de ahí que se considere que

los resultados de esta etapa son satisfactorios, ya que se está obteniendo dicho perfil.

3.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

Los alcances en el servicio social fueron los establecidos en el proyecto y por lo mismo, los que deseaba la Institución definidos por medio de la supervisora del mismo. Es decir, hubo una total congruencia entre los objetivos y las metas planeadas y las alcanzadas. Y lo mismo sucedió con las actividades programadas y las desarrolladas. Aunque se llevaron a cabo algunas actividades que no se contemplaron en el proyecto, como por ejemplo, la asistencia al Congreso Internacional "La política social en la transición", esto no fue un obstáculo para cumplir en el servicio social.

Las principales limitaciones que se presentaron, fueron en relación con el trabajo que requería de computadora, teniendo la necesidad de recurrir al laboratorio de cómputo de la ENTS, donde la población estudiantil rebasa su capacidad. Esta situación provocó retraso en el cumplimiento de las actividades.

Otras limitantes que se encontraron en el trayecto, se refieren al tiempo que requiere la revisión bibliográfica, pues hay que tener hasta cierto punto paciencia, habilidad y capacidad para buscar en el lugar y en el texto adecuados y así obtener lo que se desea, pues no siempre es fácil encontrar a los autores que hablan de lo que el investigador requiere.

CAPÍTULO 4

69-A

CAPÍTULO 4

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN

En este apartado se aborda la metodología utilizada durante la realización del Servicio Social, iniciando con la conceptualización de la misma, con el fin de sustentar teóricamente las actividades realizadas; asimismo se enuncia la metodología utilizada; se dan a conocer los resultados de la investigación, continuando con el análisis de los mismos; las conclusiones a las que se llegó con la investigación y finalmente se hace una evaluación de la metodología utilizada para conocer su grado de utilidad.

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

El desarrollo del servicio social consistió básicamente en realizar investigación social, tomando como base el proceso de investigación científica, por lo que a continuación se aborda su conceptualización.

Investigación

De acuerdo con el autor Ander-Egg (1995), "la etimología del término 'investigar': proviene del latín *in* (en) y *vestigare* (hallar, inquirir, indagar, seguir vestigios). De ahí el uso más elemental del término en el sentido de 'averiguar o descubrir alguna cosa'. Con este alcance, la palabra se aplica a un ámbito muy variado de actividades, desde la del detective a la del científico. Aplicada al campo de la ciencia, la investigación es un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad" (Ander-Egg, 1995. pág. 57).

Investigación científica

Desde el punto de vista del autor Rojas (1987), "la investigación científica pretende encontrar respuesta a los problemas trascendentes que el hombre se plantea y lograr hallazgos significativos que aumenten su acervo de conocimientos. Sin embargo, para que los hallazgos sean consistentes y confiables deben obtenerse mediante un proceso que implica la concatenación lógica de una serie de etapas. Únicamente los estudios que se llevan a cabo según el método científico podrán considerarse sus hallazgos como significativos para la ciencia e integrarse al conjunto de conocimientos comprobados" (Rojas, 1987. pág. 28).

Investigación social

Ander-Egg (1995), define la investigación social como "el proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social (investigación pura) o bien estudiar una situación para diagnosticar

necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos (investigación aplicada). Actualmente se puede decir que la investigación social es una realidad, 'está ahí', es algo que 'se hace' y, aún cuando quede todavía un largo camino por recorrer, hoy existe un volumen de investigación social significativo" (Ander-Egg, 1995. pág. 60).

Rojas (1987) dice que "lo que se pretende con la investigación para fines aplicados es ayudar a establecer un diagnóstico de la situación que se estudia. Esto nos permitirá detectar problemas concretos, descubrir relaciones entre ellos y jerarquizar los problemas, todo ello con el propósito de contar con elementos que sean de utilidad en la formulación de planes y programas" (Rojas, 1987. pág. 42).

A continuación se hace una revisión de la metodología utilizada concretamente durante el servicio social, en el cual se realizó revisión bibliográfica para la investigación sobre teorías contemporáneas de trabajo social y se construyó un marco teórico para la investigación del perfil socioeconómico.

Marco teórico

El autor Ander-Egg (1995), dice que "en el marco teórico se expresan las proposiciones teóricas generales, las teorías específicas, los postulados, los supuestos, categorías y conceptos que han de servir de referencia para ordenar la masa de los hechos concernientes al problema o problemas que son motivo de estudio e investigación" (Ander-Egg, 1995. pág. 154).

Silva (s/a), cita a Schmelkes (1989), quien dice que "para integrar el marco teórico, se requiere realizar una búsqueda de autores que hayan escrito acerca del tema (libros, documentos, investigaciones, artículos, tesis, etc); por lo que necesariamente se debe:

1. Seleccionar el tema
2. Tener acceso a la bibliografía
3. Revisar minuciosamente la bibliografía
4. Integrar el material" (Silva, s/a. pág. 8).

"Una vez realizado el esquema del marco teórico y elaborado, el siguiente paso es definir el problema de investigación, pues ya se tiene información relevante que permite aclarar y consolidar las ideas para plantear la pregunta más significativa del estudio" (Silva, s/a. pág. 24).

Problema de investigación

De acuerdo con Silva (s/a), "un buen problema de investigación lleva de la mano a definir todos los elementos que conforman el proyecto de investigación, se debe ser cuidadoso, cauteloso, revisar una y otra vez la relación y coherencia existente en la pregunta planteada como problema porque el marco teórico debe apoyar y sustentar el problema; el título sólo podrá sugerirse hasta que se ha definido el

problema; los objetivos se derivan del problema; las hipótesis se elaboran partiendo de los objetivos; las variables se localizan en el problema" (Silva, s/a. pág. 27).

De acuerdo con el autor Ander-Egg (1995), "una correcta formulación del problema debe concretarse en la **enunciación del problema** de modo que responda de manera clara, concreta y precisa al **qué** y **para qué** de la investigación" (Ander-Egg, 1995. pág. 141).

Desde el punto de vista del autor Briones (1998), "no existen procedimientos o métodos para formular problemas, pero existen diversas fuentes que pueden llevar a plantearse preguntas relevantes. Las principales fuentes son:

- a) La literatura especializada, como revistas que dan cuenta de resultados de investigación.
- b) Teorías existentes en el marco temático elegido.
- c) Otra fuente importante es la realidad social, tal cual la vive o conoce el investigador.
- d) Finalmente, otra fuente es la experiencia de investigadores de mayor experiencia a los cuales se puede recurrir para solicitarle sus puntos de vista sobre el tema que ha elegido o sobre temas que esos investigadores consideran importantes" (Briones, 1998. pág. 19).

Objetivos

Según el autor Rojas Soriano (1987), "los objetivos son los puntos de referencia o señalamientos que guían el desarrollo de una investigación y a cuyo logro se dirigen todos los esfuerzos. Deben estar claramente expresados para evitar trastornos o posibles desviaciones en el proceso de investigación. Deben ser congruentes con la justificación del estudio y los elementos que conforman la problemática que se investiga. En el caso de los objetivos específicos, su formulación correcta dependerá del grado de claridad alcanzado en la delimitación y definición del problema" (Rojas, 1987. pág. 55-56).

Desde el punto de vista de Silva (s/a), "el objetivo general de la investigación es básicamente el problema redactado iniciando con un verbo en infinitivo, y será el fin hacia el que se dirige el estudio, lo que se pretende explorar, indagar, descubrir o experimentar según el caso, redactado a partir de un enunciado claro y preciso" (Silva, s/a. pág. 31).

Silva (s/a), se refiere a Visauta en relación a los objetivos específicos. Quien señala que "éstos indican lo que se pretende alcanzar en cada una de las etapas de investigación. Los objetivos deben ser evaluados en cada paso para conocer los distintos niveles de resultados" (Silva, s/a. pág. 34).

Método

Tipo de estudio

De acuerdo con Silva (s/a), "existen diversos tipos de estudio que pueden ser clasificados de la siguiente manera:

1. Por su nivel de profundidad
2. Por el lugar de aplicación
3. Por su relación con el número de aplicaciones
4. Por la particularidad de sus características" (Silva, s/a. pág.43).

La investigación puede ser clasificada por su nivel de profundidad en:

- Estudio exploratorio
- Estudio descriptivo
- Estudio confirmatorio

Respecto al estudio descriptivo, Silva (s/a), menciona a Pick (1984), quien indica que estos estudios tienen las siguientes características:

- Sus resultados describen a un grupo determinado de individuos, más no explican la naturaleza de las variables en cuestión o de la interacción que existe entre éstas.
- El investigador sabe lo que quiere estudiar o investigar en cuanto a objetivos y diseños.
- El investigador ha determinado lo que quiere investigar y por consiguiente, conoce los instrumentos que tendrá que utilizar" (Silva, s/a. pág. 46).

Los otros dos tipos de estudio no se desarrollan, pues en esta investigación se realizó un estudio descriptivo.

Por el lugar de aplicación los estudios pueden ser:

- Estudio de campo
- Estudio de laboratorio
- Estudio experimental

Silva (s/a), dice que "los estudios de campo son los que se realizan en el medio natural que rodea al individuo, pudiendo o no ser experimentales, a partir de ellos, se trata de estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales" (Silva, s/a. pág. 48).

Con relación al seguimiento del encuestado los estudios pueden ser:

- Estudio transversal
- Estudio longitudinal

Silva (s/a), afirma que "el estudio transversal es aquel en el que se hace un corte en el tiempo, su peculiaridad radica en que el instrumento se aplica en una sola ocasión, sin dar seguimiento al encuestado, por lo que pueden ser aplicaciones anónimas" (Silva, s/a. pág. 49).

Muestra

El autor Ander-Egg (1995), define muestra como "parte o fracción representativa de un conjunto de una población, universo o colectivo, que ha sido obtenida con el fin de investigar ciertas características del mismo. El problema principal consiste en asegurar que el subconjunto sea representativo de la población, de manera que permita generalizar al universo los resultados obtenidos sobre la muestra" (Ander-Egg, 1995. pág. 180).

Silva (s/a), dice que "al muestreo se le clasifica en:

- Muestreo probabilístico
- Muestreo no probabilístico"

En esta investigación se utilizó el muestreo probabilístico y Silva (s/a), recurre a Kerlinger, quien lo define como "el método de elegir una porción (o muestra) de una población o universo que permite que todas las muestras de un tamaño fijo n tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas" (Silva, s/a. pág. 79).

Algunos tipos de muestreo probabilístico de acuerdo con Silva (s/a) y otros autores consultados por ella, son:

- "Muestreo aleatorio o al azar: todos los sujetos de una población determinada, tienen la misma posibilidad de ser seleccionados. Para realizar este tipo de muestreo se requiere conocer el total de la población (Silva, s/a. pág. 80).
- Muestreo al azar no restringido
- Muestreo sistemático
- Muestreo estratificado
- Muestreo probabilístico proporcionado al tamaño
- Muestreo por conglomerados" (Silva, s/a. pág. 81).

Respecto al muestreo no probabilístico, Silva (s/a) menciona que "entre los métodos no probabilísticos se encuentran:

- Muestreo propositivo
- Muestreo de cuota

- Muestreo de sujetos fáciles de estudiar" (Silva, s/a. pág. 82).

Instrumento

Silva (s/a), dice que "el instrumento es la herramienta a partir de la cual se obtiene la información requerida para dar respuesta al problema de investigación. Existen diversos tipos de instrumento para la recolección de información, entre otros se pueden aplicar escalas, cuestionarios, red semántica, etc." (Silva, s/a. pág. 87).

Estadística

Silva (s/a), cita a Spiegel, quien indica que "la estadística señala los métodos científicos para recoger, organizar, resumir y analizar datos, así como para sacar conclusiones válidas y tomar decisiones razonables basadas en tal análisis" (Silva, s/a. pág. 103).

Entre las clasificaciones más conocidas de la estadística se encuentran:

- Estadística descriptiva e inferencial conocida también como deductiva e inductiva
- Estadística paramétrica y no paramétrica

En esta investigación se trabajó con la estadística no paramétrica, Silva (s/a) cita a Siegel, quien la define como "aquella cuyo modelo no especifica las condiciones de los parámetros de la población de la que se sacó la muestra" (Silva, s/a. pág. 106).

Procedimiento

De acuerdo con Silva (s/a), "en este apartado se debe registrar de manera clara y precisa cada una de las actividades que el investigador tendrá que realizar para alcanzar su objetivo. El correcto registro de todas las actividades permite una mejor planeación del tiempo que se utilizará para llevar a cabo la investigación" (Silva, s/a. pág. 114).

4.2 METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA INVESTIGACIÓN “PERFIL SOCIOECONÓMICO DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER, DE ENERO A MAYO DE 2001

4.2.1 PROBLEMA

¿Cuál es el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios a quienes se abrió expediente de enero a mayo de 2001 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias?

4.2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Obtener el perfil socioeconómico de una muestra aleatoria de usuarios a quienes se abrió expediente de enero a mayo de 2001 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar la bibliografía que permita construir el marco teórico sobre perfil socioeconómico necesario para fundamentar la investigación.
- Depurar la base de datos, con el paquete estadístico SPSS versión 8, de una muestra aleatoria de pacientes a quienes se aplicó el estudio socioeconómico en el INER durante los primeros cinco meses del año 2001.
- Aplicar las estadísticas necesarias que permitan llegar a la elaboración de tablas y cuadros en los que se plasmen los resultados obtenidos de la depuración de la base de datos de una muestra aleatoria de usuarios del INER.
- Identificar el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, por medio del estudio socioeconómico que aplican los Trabajadores Sociales del Instituto.

4.2.3 TIPO DE ESTUDIO

- El estudio fue de tipo descriptivo dado que se describió a una población determinada (muestra de usuarios del INER), y se conoció de antemano el instrumento con el cual se trabajó.
- Fue de campo ya que se realizó en el medio natural que rodea a los sujetos, el INER.
- Transversal porque el instrumento de medición se aplicó en una sola ocasión.

Perfil socioeconómico: será medido a través de los siguientes indicadores sociales, económicos, demográficos y de salud:

Clinica	Zona de ubicación
Referencia interna	Tenencia
Especialidad	Tipo de vivienda
Datos de identificación	Material de construcción
Lugar de procedencia	Número de habitaciones
Datos de los familiares	Número de personas por dormitorio
Derechohabencia	Servicios públicos intra domiciliarios
Referencia externa	Estado de salud de la familia
Ocupación	Tipo de paciente
Ingresos	Clasificación
Egresos	
Vivienda	

4.2.4 MUESTRA

Fue una muestra probabilística de tipo aleatorio o al azar, ya que todos los usuarios del INER a quienes se abrió expediente por primera vez en los primeros cinco meses de 2001, tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados y de formar parte de ella.

La muestra utilizada constó de 514 sujetos de una población de 2,119 sujetos.

4.2.5 INSTRUMENTO

El instrumento sobre el que se trabajó fue el estudio socioeconómico construido por los Jefes de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud, y aplicado por los Trabajadores Sociales del INER de los turnos matutino, vespertino, nocturno y especial, durante el periodo de enero a mayo de 2001.

Consta de 83 variables que corresponden al estudio socioeconómico, de las cuales 65 son preguntas abiertas y 18 son preguntas cerradas. De la encuesta de factores de exposición son 55 preguntas cerradas y 2 abiertas, dando un total de 140 variables.

4.2.6 ESTADÍSTICA

Se trabajó estadística no paramétrica, manejada en computadora personal y con apoyo del paquete estadístico SPSS versión 8, para obtener el perfil socioeconómico de los usuarios del INER.

4.2.7 PROCEDIMIENTO

Se hizo revisión bibliográfica sobre perfil, perfil social, perfil socioeconómico y estudio socioeconómico que implicó la revisión de nueve diccionarios y cinco tesis

para obtener las definiciones. Aunque no se encontró la información en todos ellos, sí se revisaron.

Se consultaron diversas fuentes bibliográficas, y en seis de ellas se encontró la información sobre indicadores socioeconómicos en general. Los indicadores en el área de la salud, se obtuvieron por medio de los respectivos estudios socioeconómicos. Posteriormente se hizo revisión de información para contextualizar la Institución donde se realizó el servicio social y donde se hizo el perfil socioeconómico, es decir, la ENTS y el INER.

Una vez que se conformó el marco teórico, se recibieron asesorías para el manejo del paquete estadístico SPSS a través del cual se obtuvo el perfil socioeconómico. Iniciando con la obtención e impresión de los resultados de la base de datos 1998 – 1999 para conocer el procedimiento de depuración de esa base de datos y aplicarlo a la muestra que se me entregó; posteriormente, la supervisora me enseñó el manejo del paquete estadístico SPSS, para poner etiquetas a cada variable y obtener los rangos en las variables que fue necesario; al terminar, se aplicaron las estadísticas y se obtuvo la base depurada. Con esos datos, se elaboraron los resultados que se presentan por medio de gráficas y cuadros y con ellos se realizó el análisis. El producto de todo ese procedimiento forma parte de este informe de servicio social.

4.3 RESULTADOS

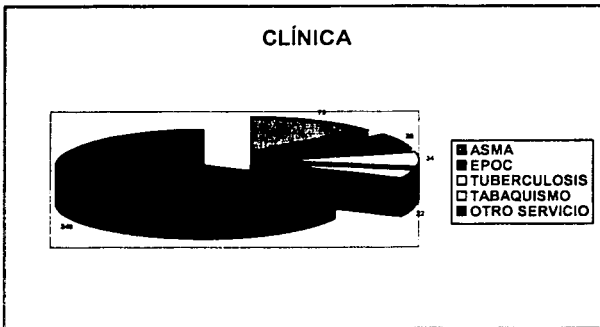
En este apartado se presenta el perfil socioeconómico de una muestra de 514 pacientes que acudieron al INER de enero a mayo de 2001 y a quienes se abrió expediente, aplicándoles el estudio socioeconómico en el Departamento de Trabajo Social, ya sea en urgencias, en consulta externa o en otro servicio, con el fin de asignarles la clasificación correspondiente para el pago de las cuotas de recuperación.

Como ya se mencionó antes, a partir de los datos obtenidos con el estudio socioeconómico, se llega a los resultados que a continuación se describen en gráficas y cuadros, para su mejor apreciación.

4.3.1 CLÍNICA

Para conocer a qué servicio acuden los pacientes con mayor frecuencia, se registra la clínica, teniendo que el 14.6% acudió a la de ASMA, el 6.8% a EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), el 6.6% de los pacientes son de la clínica de tuberculosis, el 4.3% de la clínica de tabaquismo y el 67.7% acudió a otro servicio, como puede observarse en la siguiente gráfica.

CLÍNICA A LA QUE ASISTIÓ UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

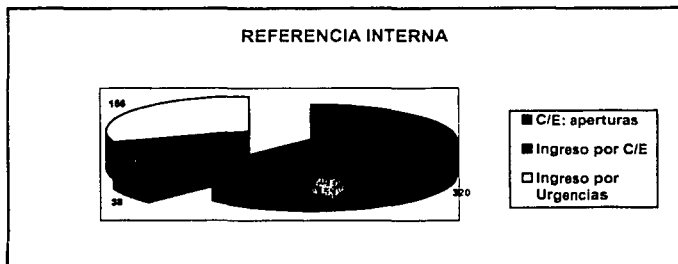
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS FUE
DE ASESORIA

4.3.2 REFERENCIA INTERNA

Con esta variable se conoce el servicio de donde se solicita la apertura de expediente, ya sea en consulta externa (C/E) para apertura de expediente únicamente o por ingreso hospitalario ya sea por consulta externa o por urgencias. Quedando los datos como sigue.

SERVICIO EN EL QUE SE ABRIÓ EXPEDIENTE A UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

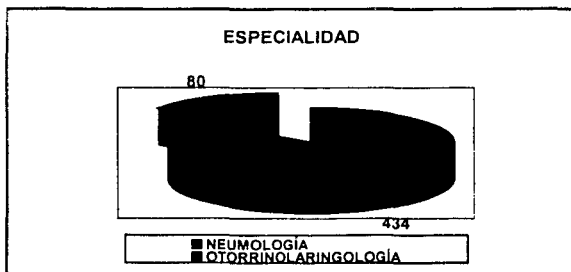


Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.3 ESPECIALIDAD

En cuanto a la especialidad a la que acudieron los pacientes, se encontró que el 84.4% acudió a Neumología, mientras que el 15.6% a Otorrinolaringología.

ESPECIALIDAD A LA QUE ACUDIÓ UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.4 LUGAR DE NACIMIENTO

Los pacientes que asisten al INER, provienen de todos los lugares de la República Mexicana, incluso hay pacientes del extranjero, como se aprecia a continuación.

LUGAR DE NACIMIENTO DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Lugar de nacimiento	Frecuencias	%	% acumulado
1. Aguascalientes	3	.6	.6
2. Baja California	1	.2	.8
3. Campeche	2	.4	1.2
4. Chiapas	7	1.4	2.6
5. Chihuahua	2	.4	3.0
6. Distrito Federal	220	42.8	45.8
7. Estado de México	66	12.7	58.5
8. Guanajuato	17	3.3	61.8
9. Guerrero	22	4.3	66.1
10. Hidalgo	21	4.1	70.2
11. Jalisco	8	1.6	71.8
12. Michoacán	26	5.1	76.9
13. Morelos	6	1.2	78.1
14. Oaxaca	25	4.8	82.9
15. Puebla	31	6.0	88.9
16. Querétaro	8	1.6	90.5
17. San Luis Potosí	3	.6	91.1
18. Sinaloa	1	.2	91.3
19. Sonora	1	.2	91.5
20. Tabasco	2	.4	91.9
21. Tlaxcala	5	1.0	92.9
22. Veracruz	29	5.5	98.4
23. Yucatán	1	.2	98.6
24. Zacatecas	3	.6	99.2
25. El Salvador	1	.2	99.4
26. España	1	.2	99.6
27. Honduras	1	.2	99.8
28. Italia	1	.2	100.0
Total	514	100.0	

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.5 SEXO Y EDAD

Respecto al sexo se encontró que 49.4%, es decir 254 pacientes son mujeres y 50.6%, esto es, 260 personas son hombres.

Respecto a la edad de los pacientes, se aprecia mayor frecuencia en el rango de menos de un año a 9 años, con el 14.8%, le siguen los adultos de 50 a 59 años con el 14.2% y los adultos de 40 a 49 años, con 14.0%.

EDAD Y SEXO DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

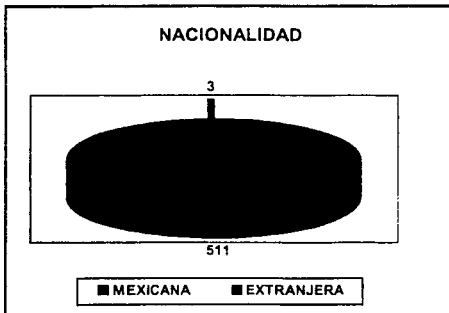
Grupos etareos	Sexo		Total
	F	M	
> 1 a 9 años	26	50	76
10 a 19 años	12	16	28
20 a 29 años	30	24	54
30 a 39 años	34	35	69
40 a 49 años	38	34	72
50 a 59 años	33	40	73
60 a 69 años	35	34	69
70 a 79 años	35	22	57
80 a 89 años	9	4	13
90 a más	2	1	3
Total	254	260	514

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.6 NACIONALIDAD

El 99.4% de los pacientes son de nacionalidad mexicana, y sólo .6% extranjeros, es decir tres personas que pertenecen cada una a nacionalidad española, hondureña y salvadoreña.

NACIONALIDAD DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



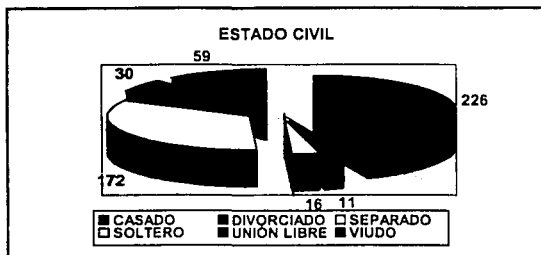
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.7 ESTADO CIVIL

Respecto del estado civil de los pacientes se encontró que el 44% son casados, el 33.5% son solteros, el 11.5% son viudos, el resto tiene porcentajes menores.

ESTADO CIVIL DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

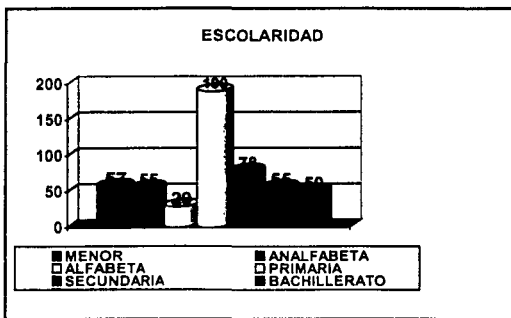


Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.8 ESCOLARIDAD

El 11.1% (57 Ss) son menores que aún no están en edad escolar, 10.7% (55 Ss), son analfabetas, 5.6% (29 Ss) son alfabetas, el 37% (190 Ss), tienen primaria, el 15.2% (78 Ss), secundaria, 10.7% (55 Ss), tienen nivel medio superior y 9.7% (50 Ss), son profesionales.

ESCOLARIDAD DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.9 OCUPACIÓN DEL PACIENTE

La ocupación de los pacientes que se encuentra con mayor frecuencia es la del hogar con 30.2%, seguida de estudiante con 13.2% y empleado con 11.3%.

OCUPACIÓN DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Ocupación	Frecuencia	%	% acumulado
Campesino	22	4.3	4.3
Comerciante	28	5.4	9.7
Desempleado	57	11.1	20.8
Empleado	58	11.3	32.1
Estudiante	68	13.2	45.3
Hogar	155	30.2	75.5
Menor	33	6.4	81.9
Oficio	52	10.1	92.0
Otro	41	8.0	100.0
Total	514	100.0	

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.10 ESTADO

De la dirección que proporcionan los pacientes en el estudio socioeconómico, el Estado es el único dato que se trabaja aquí, pues para fines de esta investigación es suficiente con saber de dónde acuden al INER.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RELACIÓN DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DE DONDE PROVIENE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Estado	Frecuencia	%	%acumulado
Aguascalientes	1	.2	.2
Campeche	1	.2	.4
Chiapas	4	.8	1.2
Distrito Federal	301	58.6	59.8
Estado de México	120	23.3	83.1
Guanajuato	3	.6	83.7
Guerrero	11	2.1	85.8
Hidalgo	7	1.4	87.2
Jalisco	3	.6	87.7
Michoacán	10	1.9	89.7
Morelos	8	1.6	91.2
Oaxaca	12	2.3	93.6
Puebla	9	1.8	95.3
Querétaro	2	.4	95.7
Tlaxcala	3	.6	96.3
Veracruz	17	3.3	99.6
Zacatecas	1	.2	99.8
Honduras	1	.2	100.0
Total	514	100.0	

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.11 LUGAR DE PROCEDENCIA

Esta variable se maneja así en el estudio socioeconómico para asignar un puntaje, de acuerdo al sitio del que provienen los pacientes. El 60.5% es del D.F. o del extranjero, el 21.8% del Estado de México y el 17.7% del resto de la República.

LUGAR DE PROCEDENCIA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Lugar de procedencia	Frecuencia	%	% acumulado
D.F. y extranjero	311	60.5	60.5
Estado de México	112	21.8	82.3
Resto de la República	91	17.7	100.0
Total	514	100.0	

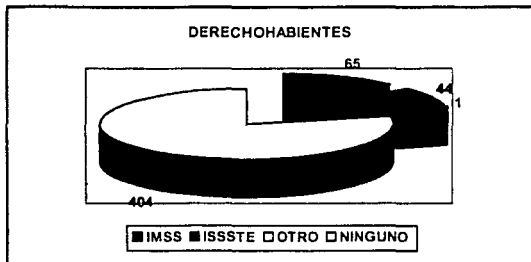
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

4.3.12 DERECHOHABIENTES

El 12.6% de los pacientes del INER, tiene derecho al IMSS, el 8.6% al ISSSTE, .2% tiene otro servicio de salud y 78.6% carece de este servicio.

SERVICIO MÉDICO AL QUE TIENE DERECHO UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

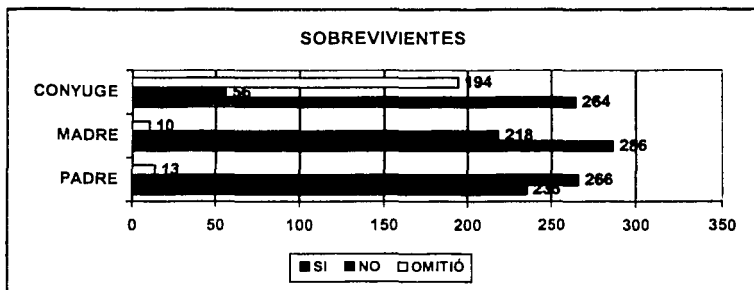


Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.13 SOBREVIVIENTES: VIVE EL PADRE, LA MADRE, EL CÓNYUGE

El 45.7% de los pacientes respondió que sí vive el padre, el 51.8% que no vive y el 2.5% omitió su respuesta. En relación con la sobrevivencia de la madre se encontró: 55.6% si vive, 42.4% no y 1.9% omitió su respuesta. Finalmente, el 51.4% de los pacientes respondió que sí vive su cónyuge, 10.9% que no vive y 37.7% omitió la respuesta, pues aquí están incluidos los menores y solteros. Estas tres variables se muestran en la siguiente gráfica.

RELACIÓN DE SOBREVIVIENTES DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



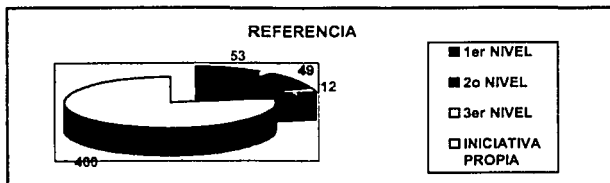
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.14 REFERENCIA

El 10.3% de pacientes acudió al INER por ser referidos del 1er. nivel de atención médica, el 9.5% del 2º nivel, el 2% del 3er nivel y el 77.6 % restante, acude por iniciativa propia.

REFERENCIA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.15 OCUPACIÓN DEL PROVEEDOR PRINCIPAL

La ocupación del proveedor principal se clasifica de acuerdo con el instructivo para asignar clasificación socioeconómica a los usuarios de los INSALUD. Los resultados son los siguientes:

OCUPACIÓN DEL PROVEEDOR PRINCIPAL EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Ocupación	Frecuencia	%	% acumulado
Desempleados	31	6.0	6.0
Becarios	1	.2	6.2
Trabajadores no calificados	72	14.0	20.2
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios	88	17.1	37.3
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	110	21.4	58.7
Operadores de instalaciones, máquinas y montadores	24	4.7	63.4
Agricultores y trabajadores calificados, agropecuarios y pesqueros	35	6.8	70.2
Empleados de oficina, jubilados y pensionados	111	21.6	91.8
Técnicos y profesionales de nivel medio	13	2.5	94.3
Profesionales, científicos e intelectuales	26	5.1	99.4
Fuerzas armadas	3	.6	100.0
Ejecutivos e inversionistas	-	-	-
Total	514	100.0	-

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.16 INGRESOS

En el estudio socioeconómico se toman en cuenta los ingresos del jefe de familia, de los hijos, otros ingresos y el total de los mismos. En estos casos los porcentajes no llegan al 100% porque no todos los pacientes tienen todos estos ingresos. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

INGRESOS ECONÓMICOS EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Ingresos en Salarios Mínimos	Jefe de familia	Hijos	Otros	Total de ingresos
	%	%	%	%
Menos de 1	22.6	8.9	12.1	25.1
De 1 a 1.5	15.4	1.8	2.5	17.9
De 1.6 a 3.0	30.0	2.7	3.7	35.6
De 3.1 a 4.5	7.4	.4	1.4	8.6
De 4.6 a 6.0	3.1	.2	.8	5.6
De 6.1 a 8.0	1.6	-	-	1.9
De 8.1 a 10.0	.6	-	.2	1.2
De 10.1 a 13.0	1.0	.2	-	1.2
De 13.1 a 16.0	.4	-	-	.4
De 16.1 a más	.6	-	-	.8
Total	82.7	14.2	20.6	98.2

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.17 NÚMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA

Esta variable se pregunta con el fin de saber para cuántas personas es el ingreso de cada familia, encontrando que en el 44.3% de los casos, hay de tres a cuatro integrantes por familia.

INTEGRANTES POR FAMILIA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001, ENTRE LOS CUALES SE DISTRIBUYEN LOS INGRESOS ECONÓMICOS

N° de integrantes por familia	Frecuencia	%	% acumulado
1 o 2 integrantes	120	23.4	23.4
3 o 4 integrantes	228	44.3	67.8
5 o 6 integrantes	113	21.9	89.6
7 u 8 integrantes	37	7.2	96.9
9 o 10 integrantes	13	2.5	99.4
11 o más	3	.6	100.0
Total	514	100.0	

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.18 EGRESOS

En el siguiente cuadro se muestran los porcentajes obtenidos, según los diferentes conceptos de egresos.

PRINCIPALES EGRESOS REPORTADOS POR UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001.

Egreso en salarios mínimos (s.m.)	Alimen- tos	Vivien- da	Servi- cios	Otro	Total de egresos
	%	%	%	%	%
Menos de 1	42.5	18.3	86.8	40.7	22.4
De 1 a 1.5	28.9	2.5	1.4	1.2	21.4
De 1.6 a 3.0	22.3	2.9	.8	2.3	38.9
De 3.1 a 4.5	4.9	.6	.4	.6	8.6
De 4.6 a 6.0	.8	-	.2	.4	4.1
De 6.1 a 8.0	.2	-	-	.2	1.9
De 8.1 a 10.0	.2	-	-	-	.8
De 10.1 a 13.0	.2	-	-	-	.6
De 13.1 a 16.0	-	-	-	.2	.2
De 16.1 a más	-	-	-	-	.2
Total	100.0	24.3	89.5	45.5	99.0

Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.19 INGRESO PER CÁPITA

De acuerdo con los puntos que alcanzan los pacientes por los ingresos y egresos, se obtiene la puntuación del ingreso per cápita, teniendo los siguientes resultados.

INGRESO PER CÁPITA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Ingreso per cápita	Frecu- encia	%	% acu- mulado
0	140	27.3	27.3
5	43	8.4	35.7
10	82	16.0	51.7
15	123	24.0	75.6
20	67	13.1	88.7
25	25	4.9	93.6
30	11	2.1	95.7
35	8	1.6	97.3
40	6	1.2	98.4
45	6	1.2	99.6
50	2	.4	100.0
Total	513	100.0	

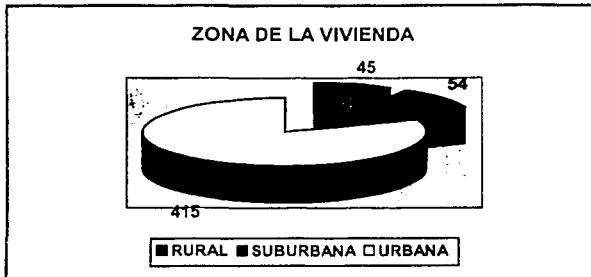
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.20 ZONA DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

De acuerdo a la zona donde se ubica la vivienda de los pacientes, se asigna una puntuación en el estudio socioeconómico, los resultados de esta variable son que el 8.8%, es decir, 45 personas viven en una zona rural, 10.5%, 54 personas, en zona suburbana y 80.7%, 415 personas en zona urbana.

ZONA EN QUE SE UBICA LA VIVIENDA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.21 TIPO DE VIVIENDA

En esta variable también se asigna un puntaje, encontrando que el 73.5% de los pacientes vive en una casa o departamento popular, el 11.7% en vecindad o cuarto de servicio y el 9.9% en cuarto redondo o choza.

TIPO DE VIVIENDA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Tipo de vivienda	Frecuencia	%	% acumulado
Protección social, cuarto redondo, cueva, choza o barraca	51	9.9	9.9
Vecindad o cuarto de servicio	60	11.7	21.6
Casa o departamento popular	378	73.5	95.1
Casa o departamento clase media	24	4.7	99.8
Residencial	1	.2	100.0
Total	514	100.0	

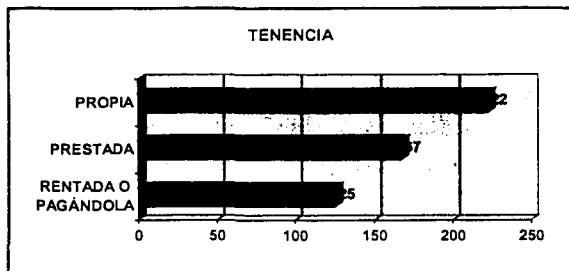
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.22 TENENCIA

En esta variable se asignan tres puntos a la vivienda propia, un punto a la prestada y cero puntos la rentada o pagándola. En la muestra se encontró que el 43.2% de los pacientes tiene vivienda propia, el 32.5% prestada y el 24.3% rentada o pagándola.

SITUACIÓN DE TENENCIA DE LA VIVIENDA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

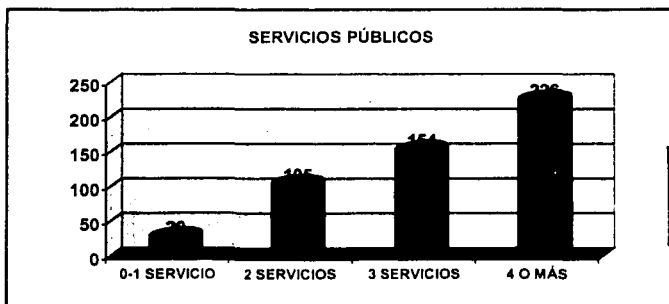


Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.23 SERVICIOS PÚBLICOS INTRADOMICILIARIOS

De acuerdo con el estudio socioeconómico del INER, se da el puntaje mayor a quien tiene dentro de su vivienda cuatro o más servicios, sin especificar de cuáles se trata. Los resultados son: 44%, tiene cuatro o más servicios, 30% tres y 20.4% dos servicios públicos dentro de su vivienda.

SERVICIOS PÚBLICOS CON QUE CUENTA UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



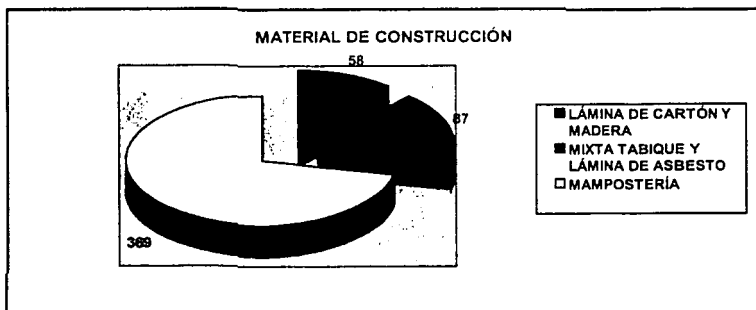
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.24 MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN

En esta variable se asignan dos puntos a las viviendas de mampostería, uno a las de material mixto y cero a las de lámina de cartón y madera. Los resultados se muestran en la siguiente gráfica.

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS VIVIENDAS DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

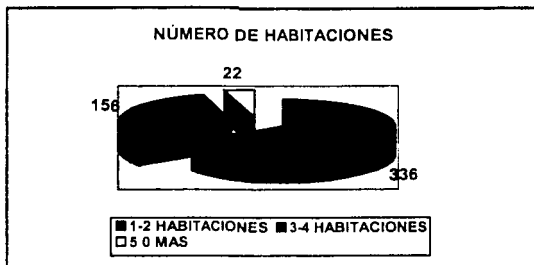


Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.25 NÚMERO DE HABITACIONES EN LA VIVIENDA

Para esta variable se toma en cuenta el número total de habitaciones que tiene la vivienda del paciente, encontrando que en el 65.4% de los casos, su vivienda está formada por una o dos habitaciones, el 30.4% tiene tres o cuatro y el 4.3% tiene una casa con cinco habitaciones o más.

NÚMERO DE HABITACIONES EN LAS VIVIENDAS DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



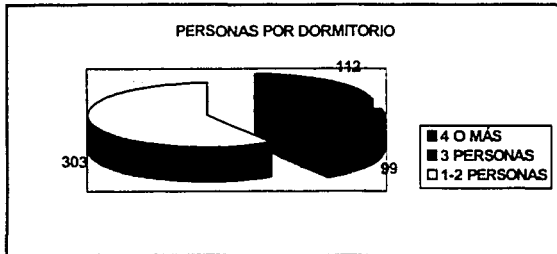
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.3.26 NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO

En esta variable se encontró que en el 58.9% de los casos, duerme una o dos personas por dormitorio, el 21.8% duermen cuatro o más personas y el 19.3% de los casos, duermen tres personas por dormitorio.

NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO EN LAS VIVIENDAS DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

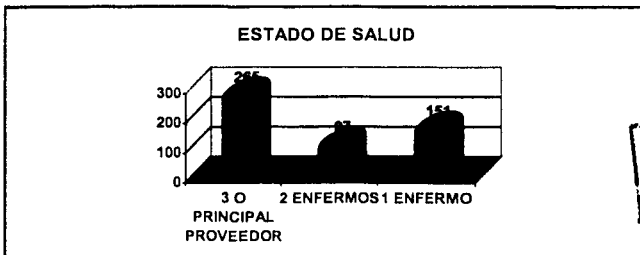


Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

4.3.27 ESTADO DE SALUD EN LA FAMILIA

Este dato también se toma en cuenta para asignar puntaje, ya que si el paciente es el único enfermo en la familia, se le asignan dos puntos, si hay dos enfermos es un punto y si hay tres enfermos o el proveedor principal son cero puntos. Los datos de la muestra se presentan en la siguiente gráfica.

ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



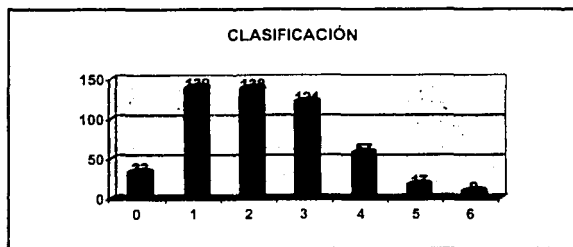
Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.28 CLASIFICACIÓN

La clasificación determina la cuota que deben pagar los usuarios del INER. Quienes tienen clasificación "0", no pagan y la cuota se va incrementando, así, quienes tienen clasificación "6", pagan la tarifa más elevada. En la muestra se encontró lo siguiente: 27.0% obtuvo la clasificación 1, el 26.8% de los pacientes tiene clasificación 2, y el 23.5% la clasificación 3, como se aprecia en la siguiente gráfica.

CLASIFICACIÓN QUE SE ASIGNÓ CON MAYOR FRECUENCIA A UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Estudio Socioeconómico del INER, 2001.

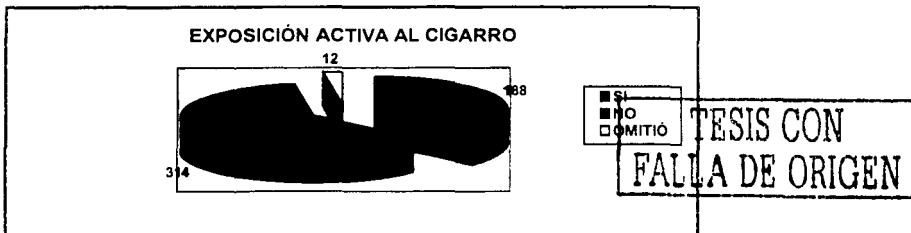
ENCUESTA DE FACTORES DE EXPOSICIÓN

En el INER se aplica también una "Encuesta de factores de exposición", para conocer las circunstancias de riesgo en que se desarrolló el paciente en el pasado y el presente, así como para conocer más ampliamente su entorno social.

4.3.29 EN TODA SU VIDA HA FUMADO MÁS DE 100 CIGARROS

El 61.6% de los pacientes no los ha fumado y el 36.6% si lo ha hecho.

EXPOSICIÓN ACTIVA AL CIGARRO EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.30 NÚMERO DE CIGARROS Y AÑOS QUE FUMÓ

Estas preguntas se refieren al pasado de los pacientes, cuántos cigarros fumaba el paciente al día y cuántos años fumó. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

NÚMERO DE CIGARROS Y AÑOS QUE FUMÓ UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

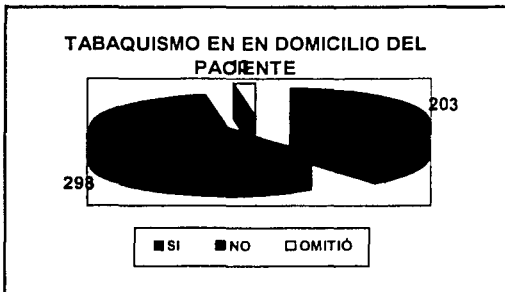
N° de cigarros y años que fumó	% cigarros al día	% años
1 a 10	21.4	11.5
11 a 20	9.1	7.0
21 a 30	2.3	6.4
31 a 40	2.5	5.8
41 a 50	.2	4.3
51 a 60	.6	1.0
61 a 70	.2	.4
71 a 80	2.3	-
80 en adelante	2.3	-
No fumadores	61.3	63.6
Total	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.31 TABAQUISMO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE EN EL PASADO

Del total de la muestra, 58.0% respondió que no fumaba alguien más en casa y 39.5% que si fumaba alguien más, como se ve en la siguiente gráfica.

TABAQUISMO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE EN EL PASADO DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



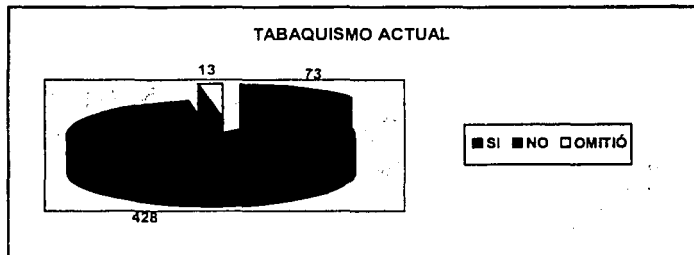
Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.32 TABAQUISMO ACTUAL

Situación actual de los pacientes con respecto al hábito tabáquico: el 83.3% no fuma actualmente, y el 14.3% sí lo hace.

TABAQUISMO ACTUAL ENTRE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001.



Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.33 NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DÍA Y AÑOS DE FUMAR

El 3.5% de los pacientes fumadores tiene entre 11 y 20 años con este hábito y el 7.6% fuma diariamente de 1 a 10 cigarrillos.

NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS POR DÍA Y AÑOS DE FUMAR EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Nº de cigarrillos y años que fuma	% cigarrillos	% años
1 a 10	7.6	2.9
11 a 20	4.3	3.5
21 a 30	1.2	3.1
31 a 40	.6	2.3
41 a 50	.2	1.0
51 a 60	.2	1.0
61 a 70	-	.2
71 a 80	-	-
80 en adelante	-	-
No fumadores	83.9	83.9
Omitió	2.1	2.1
Total	100.0	100.0

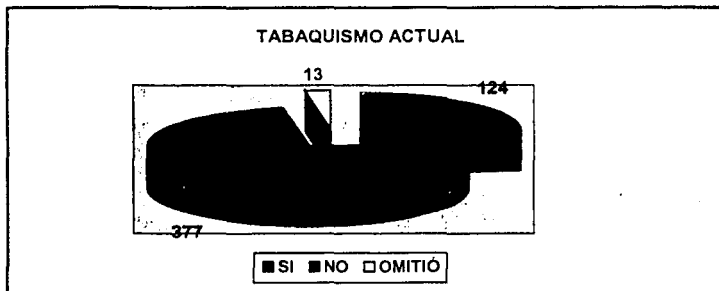
Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.34 TABAQUISMO ACTUAL EN CASA DEL PACIENTE

Actualmente en el 73.3% de las casas de los pacientes, no fuma alguien más y en el 24.1% de ellos si fuma alguien más.

TABAQUISMO ACTUAL EN CASA DEL PACIENTE EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

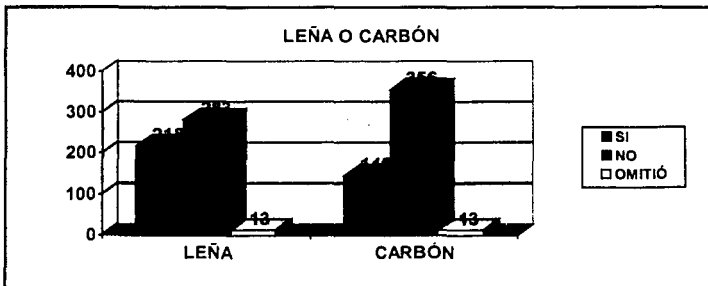


Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001

4.3.35 UTILIZACIÓN DE LEÑA O CARBÓN PARA COCINAR

El 42.4% de los pacientes utilizó leña para cocinar, y el 28.2% utilizó carbón.

UTILIZACIÓN DE LEÑA O CARBÓN PARA COCINAR EN EL PASADO, EN LOS DOMICILIOS DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

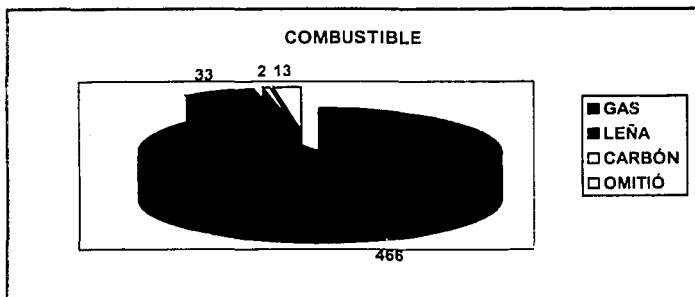


Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.36 TIPO DE COMBUSTIBLE UTILIZADO EN LA ACTUALIDAD

En el 90.7% de los hogares de los pacientes del INER, se cocina con gas, en el 6.4% con leña y en el .4% con carbón, como se muestra en la gráfica.

COMBUSTIBLE UTILIZADO PARA COCINAR EN LA ACTUALIDAD EN LOS HOGARES DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.37 HÁBITOS DE CONSUMO

Se presenta aquí la situación pasada y presente de los pacientes con respecto a sus hábitos de consumo.

HÁBITOS DE CONSUMO EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Exposición	Alguna vez				Actualmente			
	Si %	No %	Omitió %	Total %	Si %	No %	Omitió %	Total %
Bebidas alcohólicas	24.3	73.2	2.5	100.0	8.6	88.9	2.5	100.0
Vitaminas	28.2	69.3	2.5	100.0	21.0	76.5	2.5	100.0
Medicinas para dormir	6.2	91.2	2.5	100.0	3.3	94.2	2.5	100.0
Canderel, nutrasuit o refresco de dieta	6.2	91.2	2.5	100.0	6.4	91.1	2.5	100.0

Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.38 CONVIVENCIA CON ANIMALES E INSECTOS

Respecto a la convivencia con animales en el pasado y actualmente, en todos los casos disminuyó el porcentaje de la situación actual con respecto al pasado.

CONVIVENCIA CON ANIMALES E INSECTOS EN EL HOGAR DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Exposición	Alguna vez				Actualmente			
	Si %	No %	Omitió %	Total %	Si %	No %	Omitió %	Total %
Aves: palomas, pericos canarios, pichones, etc	44.2	53.3	2.5	100.0	23.9	73.5	2.5	100.0
Perro (s)	61.7	35.8	2.5	100.0	43.8	53.7	2.5	100.0
Gato (s)	32.3	65.2	2.5	100.0	20.2	77.2	2.5	100.0
Cucarachas	24.1	73.3	2.5	100.0	16.5	80.9	2.5	100.0
Otro tipo de animales	23.2	74.3	2.5	100.0	12.6	84.8	2.5	100.0

Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.39 CONDICIONES OBSERVADAS EN LA VIVIENDA

El uso de alfombra, la humedad en las paredes y el uso de insecticida en la vivienda de los pacientes ha disminuido en la actualidad.

CONDICIONES OBSERVADAS EN LA VIVIENDA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Exposición	Alguna vez				Actualmente			
	Si %	No %	Omitió %	Total %	Si %	No %	Omitió %	Total %
Alfombra en la recámara del paciente	19.8	77.6	2.5	100.0	10.3	87.2	2.5	100.0
humedad en las paredes de la vivienda	38.5	58.9	2.5	100.0	28.6	68.9	2.5	100.0
Usa (ó) insecticida en la vivienda	39.9	57.6	2.5	100.0	26.7	70.8	2.5	100.0

Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.40 EXPOSICIÓN AL POLVO, HUMOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS, EN EL PASADO Y ACTUALMENTE

La exposición del paciente a polvo y humos ha disminuido en la actualidad, mientras que la exposición a sustancias químicas aumentó.

EXPOSICIÓN AL POLVO, HUMOS Y SUSTANCIAS QUÍMICAS EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

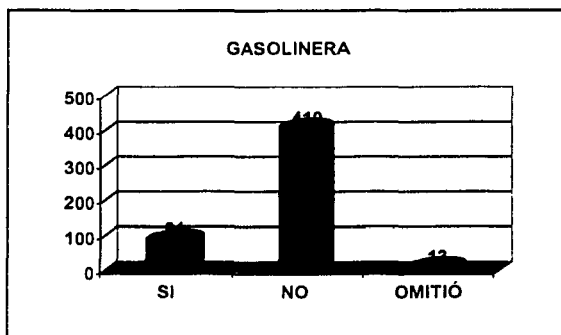
Exposición	Alguna vez				Actualmente			
	Si	No	Omitió	Total	Si	No	Omitió	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%
Al polvo	39.3	58.2	2.5	100.0	10.3	87.2	2.5	100.0
A humos	38.5	58.9	2.5	100.0	28.6	68.9	2.5	100.0
A sustancias químicas	16.0	81.5	2.5	100.0	26.7	70.8	2.5	100.0

Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.41 GASOLINERA

En el 79.8% de los casos, no hay gasolinera a menos de 10 cuadras de la vivienda y en el 17.7% si la hay.

EXISTENCIA O NO DE GASOLINERA CERCA DEL DOMICILIO DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



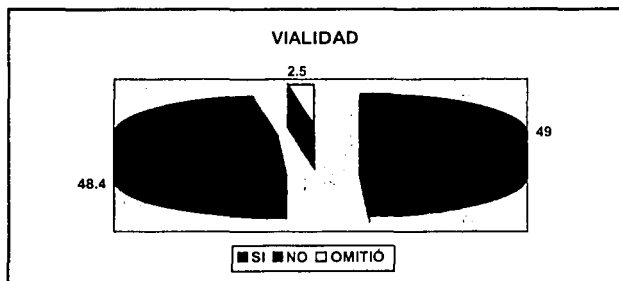
Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.42 VIALIDAD

El 49.0% de los casos, (252 pacientes) respondieron que hay alguna avenida grande de dos carriles, a menos de dos cuadras de su casa, y el 48.4%, (249 personas), respondieron que NO.

SITUACIÓN DE LA VIALIDAD CERCA DE LOS HOGARES DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

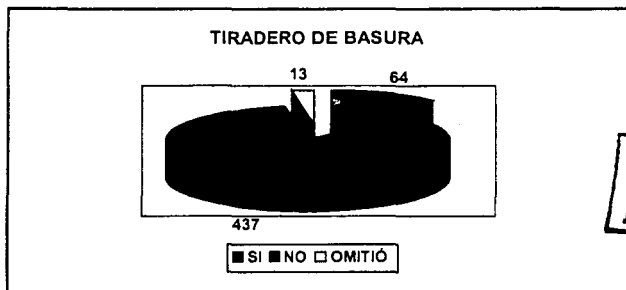


Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.43 TIRADERO DE BASURA O RELLENO SANITARIO

El 85.0% manifestó que no hay tiradero de basura o relleno sanitario cerca de su barrio y el 12.5% dijo que si hay.

BASURERO O RELLENO SANITARIO CERCANO A LA VIVIENDA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



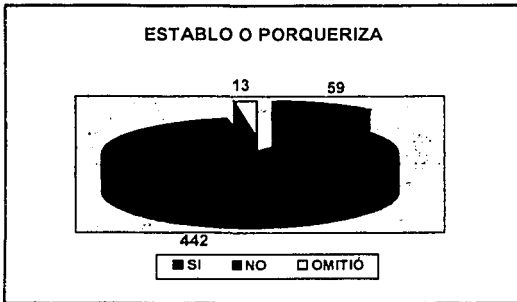
Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.44 PROXIMIDAD A LUGARES DE CRIANZA DE ANIMALES

En el 86.0% de los casos, no hay establo o porqueriza en el barrio donde habitan, y el 11.5% manifestó que si hay.

ESTABLO O PORQUERIZA PRÓXIMO AL HOGAR DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

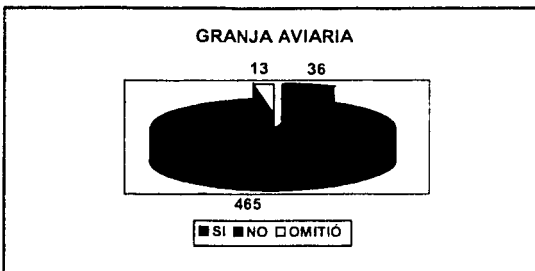


Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

4.3.45 GRANJA AVIARIA EN CASA

Los pacientes manifestaron que no tienen granja aviaria en su casa en un 90.5% y que si tienen en un 7.0%.

GRANJA AVIARIA EN LA VIVIENDA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



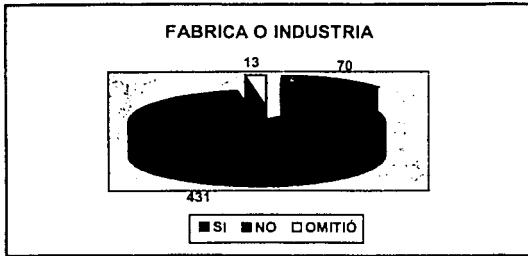
Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.46 FÁBRICA O INDUSTRIA

El 83.9% de los pacientes manifestó que no hay alguna fábrica o industria a menos de diez cuadas de su casa y el 13.6% de ellos indicó que si hay.

FÁBRICA O INDUSTRIA PRÓXIMA AL DOMICILIO DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



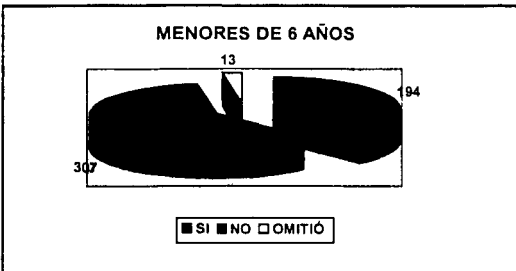
Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

Las dos preguntas siguientes son consideradas también factores de exposición sobre todo para quienes rodean al paciente, por el riesgo de contagio que pudiera existir con algunas enfermedades respiratorias.

4.3.47 NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

El 59.7% de los pacientes no tiene niños menores de seis años en su vivienda, y el 37.7% si tiene niños menores.

PORCENTAJE DE MENORES DE SEIS AÑOS QUE VIVEN CON LOS PACIENTES EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001



Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.48 PERSONAS QUE DUERMEN CON EL PACIENTE

Respecto al número de personas que duermen en la misma habitación con el paciente se encontró que en el 35.2% de los casos, duerme una persona, el 20.0% duermen dos personas y 19.1% duerme el paciente solo.

RELACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS QUE COMPARTEN LA HABITACIÓN PARA DORMIR CON LOS PACIENTES EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Número de personas	Frecuencia	%	% acumulado
0	98	19.1	19.1
1	181	35.2	54.3
2	103	20.0	74.3
3	61	11.9	86.2
4	30	5.8	92.0
5	10	1.9	94.0
6	9	1.8	95.7
7	3	.6	96.3
8	4	.8	97.1
11	1	.2	97.3
Omitió	14	2.7	100.0
Total	514	100.0	

Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

La siguiente pregunta, se realiza no tanto por considerarse factor de exposición, sino para corroborar de alguna manera la situación económica del paciente.

4.3.49 ELECTRODOMÉSTICOS Y OTROS APARATOS

A las preguntas sobre el hecho de contar con teléfono, horno de microondas, computadora, televisión, refrigerador y horno eléctrico o tostador de pan, se encontraron los siguientes resultados.

OTRAS POSESIONES EXISTENTES EN EL HOGAR DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Aparatos	Si	No	Omitió	Total
	%	%	%	%
Teléfono	54.1	43.4	2.5	100.0
Horno de microondas	21.6	75.9	2.5	100.0
Computadora	9.1	88.3	2.5	100.0
Televisión	88.7	8.8	2.5	100.0
Refrigerador	72.4	25.1	2.5	100.0
Horno eléctrico o tostador de pan	18.7	78.8	2.5	100.0

Fuente: Encuesta de factores de exposición del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4 ANÁLISIS

Al hacer el análisis de los resultados, por medio de la medida de resumen del paquete estadístico SPSS, se obtuvieron los datos siguientes:

4.4.1 CLÍNICA Y EDAD

Al trabajar estas dos variables, se encontró que la incidencia de determinadas enfermedades depende en gran medida de la edad del paciente.

A la clínica de Asma por ejemplo, acudieron con mayor frecuencia los niños menores de uno a 9 años, siendo estos los más afectados por dicho mal y conforme aumenta la edad, disminuye la tendencia.

Ocurre lo contrario con los pacientes de EPOC, donde los afectados fueron los adultos a partir de los 40 años. La tuberculosis es una enfermedad que afecta a cualquier edad, pues como puede apreciarse en la siguiente tabla, en todos los rangos se encontraron personas con este padecimiento.

A la clínica de tabaquismo sí acudieron únicamente adultos, a partir del rango de 20 a 29 años, pues en la temprana edad generalmente no se fuma o no se reconoce abiertamente.

CLÍNICA Y EDAD EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Clínica	Grupos etarios										Total
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 a +	
Asma	20	8	10	16	13	7	-	1	-	-	75
EPOC	-	-	-	-	2	5	16	10	-	2	35
Otro servicio	53	18	38	44	44	47	47	44	12	1	348
Tabaquismo	-	-	3	3	7	7	2	-	-	-	22
Tuberculosis	3	2	3	6	6	7	4	2	1	-	34
Total	76	28	54	69	72	73	69	57	13	3	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4.2 FORMAS DE REFERENCIA AL INER

En teoría, se supone que cuando una persona tiene alguna enfermedad, debe acudir al primer nivel de atención que son las clínicas o centros de salud, una vez que son valorados ahí, si se requiere, el paciente es enviado al segundo nivel o al tercer nivel, como es el caso de INER; sin embargo, de acuerdo con los datos que aquí se presentan, esta "regla", no se cumplió en la mayoría de los casos, ya que 400 pacientes acudieron por iniciativa propia al Instituto.

REFERENCIA DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Referencia	Forma de atención		Total
	Consulta externa	Urgencias	
Primer nivel	46	7	53
Segundo nivel	17	32	49
Tercer nivel	5	7	12
Propia iniciativa	290	110	400
Total	320	156	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

4.4.3 LUGAR DE NACIMIENTO Y DE PROCEDENCIA

Con respecto al lugar de nacimiento y de procedencia de los pacientes, se encontró que en su mayoría corresponden al Distrito Federal. Existe alguna migración al Estado de México. En el caso de quienes nacieron en el Estado de México, el 36.5% ha migrado al D.F. y el resto continúan viviendo en el mismo estado. El tercer lugar de asistencia al INER, lo tienen los pacientes que nacieron en Puebla, donde el 48% ha migrado al D.F.

Por cercanía, la mayor parte de los pacientes provinieron del D.F y del Estado de México, no obstante, existen otros estados que son importantes proveedores de pacientes como Veracruz, Michoacán, Oaxaca y Guerrero.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LUGAR DE NACIMIENTO Y DE PROCEDENCIA EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Lugar de nacimiento	Lugar de procedencia			Total
	Otros Estados	Estado de México	D.F. y extranjero	
Aguascalientes		1	2	3
Baja California		1		1
Campeche	1	1		2
Chiapas	5	1	1	7
Chihuahua			2	2
Distrito Federal	5	36	179	220
Edo. de México		42	24	66
Guanajuato	4	2	11	17
Guerrero	10	2	10	22
Hidalgo	7	4	10	21
Jalisco	2	1	5	8
Michoacán	9	1	16	26
Morelos	5		1	6
Oaxaca	9	5	11	25
Puebla	10	7	14	31
Querétaro	2	1	5	8
San Luis Potosí	1		2	3
Sinaloa			1	1
Sonora			1	1
Tabasco			2	2
Tlaxcala	3		2	5
Veracruz	16	6	7	29
Yucatán			1	1
Zacatecas	1	1	1	3
El Salvador	1			1
España			1	1
Honduras			1	1
Italia			1	1
Total	91	112	311	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.4.4 SEXO Y EDAD

Observando los datos por rangos, se encuentra que los pacientes que acuden con mayor frecuencia al INER, tienen de 0 a 9 años, seguidos del rango de 50 a 59 años de edad. Sin embargo, el número de adultos mayores, es decir, de 60 años en adelante es de 142 personas, que también es un número muy elevado.

Respecto al sexo, no hay diferencias significativas, por lo que las enfermedades respiratorias afectan por igual a hombres y mujeres, resultando más afectados los niños menores y el adulto mayor.

SEXO DISTRIBUIDO POR RANGOS DE EDAD EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Sexo	Rangos de edad									Total	
	0 a 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89		90 a +
Femenino	26	12	30	34	38	33	35	35	9	2	254
Masculino	50	16	24	35	34	40	34	22	4	1	260
Total	76	28	54	69	72	73	69	57	13	3	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

4.4.5 EDAD Y ESTADO CIVIL

Con estas dos variables se puede apreciar que los jóvenes dejan de ser solteros a partir de los veinte años, de ellos, la mayoría se casa civil y/o religiosamente y en menor grado deciden vivir en unión libre sobre todo las personas de 30 a 39 años. En este mismo rango de edad ya se encuentran pacientes divorciados y a partir de los 40 años divorciados y separados. Respecto a los viudos, hay personas muy jóvenes en el rango de 20 a 29 años con ese estado civil..

RANGOS DE EDAD Y ESTADO CIVIL DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Edad	Estado civil						Total
	Casado	Divorciado	Separado	Soltero	Unión libre	Viudo	
0 a 9	-	-	-	76	-	-	76
10 a 19	1	-	-	27	-	-	28
20 a 29	20	-	-	25	7	2	54
30 a 39	35	2	-	19	12	1	69
40 a 49	46	5	5	9	4	3	72
50 a 59	50	2	6	4	6	5	73
60 a 69	38	2	3	7	1	18	69
70 a 79	30	-	2	4	-	21	57
80 a 89	5	-	-	2	-	6	13
90 a +	-	-	-	-	-	3	3
Total	226	11	16	172	30	59	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4.6 ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN

El 37% (190) de los pacientes entrevistados tienen estudios de primaria y de ellos se destaca que la mayor parte se dedica al hogar, otros son estudiantes y un número importante son desempleados.

También es de observarse que aproximadamente el 26% (133) de los entrevistados tienen estudios de secundaria y bachillerato, independientemente de la ocupación que tengan, con lo cual surge una pregunta, ¿la educación alcanzada no ha influido en la génesis de la enfermedad?

Es preocupante observar que casi el 11% (55) de los pacientes aparezca como analfabeta y que ello sea más ostensible entre las personas dedicadas al hogar.

Otro 11% (57) de los pacientes son menores de edad y su ocupación es la de estudiante. Las explicaciones de su enfermedad son de carácter social y económico.

OCUPACIÓN Y ESCOLARIDAD DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Ocupación	Escolaridad							Total
	Alfabeta	Analfabeta	Menor	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Profesional	
Campesino	4	6	-	11	1	-	-	22
Comerciante	1	3	-	14	3	4	3	28
Desempleado	5	4	-	21	15	7	5	57
Empleado	-	1	-	7	13	17	20	58
Estudiante	-	-	24	26	7	7	4	68
Hogar	12	31	-	73	22	13	4	155
Menor	-	-	33	-	-	-	-	33
Oficio	3	7	-	26	11	3	2	52
Otro	4	3	-	12	6	4	12	41
Total	29	55	57	190	78	55	50	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER 2001

4.4.7 EDAD Y ESCOLARIDAD

Para complementar el análisis anterior, se estudiaron las variables edad y escolaridad, encontrando que el mayor número de casos entre los analfabetas se encuentra entre los 40 y 79 años de edad. Entre los que tienen algún tipo de estudio, los grupos etarios más afectados están entre los 20 y 79 años de edad. Por supuesto que los menores de edad tienen una representación muy

significativa. ¿La educación otorgada a la población, no incluye la importancia que tiene el cuidado de la salud?

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES POR RANGOS DE EDAD

Edad	Escolaridad							Total
	Alfabeta	Anal- fabeto	Menor	Primaria	Secun- daria	Bachi- llero	Profes- ional	
>1 a 9	-	-	57	19	-	-	-	76
10 a 19	-	1		9	12	5	1	28
20 a 29	-	-		12	14	17	11	54
30 a 39	1	2		19	22	11	14	69
40 a 49	1	10		27	16	8	10	72
50 a 59	3	5		43	5	12	5	73
60 a 69	10	13		32	6	2	6	69
70 a 79	11	19		22	2	-	3	57
80 a 89	2	4		6	1	-	-	13
90 a +	1	1		1	-	-	-	3
Total	29	55	57	190	78	55	50	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001

4.4.8 TIPO DE OCUPACIÓN E INGRESO MENSUAL

El tipo de ocupación del principal proveedor económico se analiza con la variable ingreso mensual del jefe de familia, para conocer en qué nivel se encuentra el salario de los pacientes o familiares y al mismo tiempo identificar la ocupación que predomina entre ellos. En este caso el total no llega a los 514 sujetos que son el 100% de la muestra debido a que hubo 90 casos en los que el jefe de familia no tuvo ingresos al momento de aplicar el instrumento o no fue el proveedor principal.

En términos generales, la ocupación que se encuentra con mayor frecuencia es la de oficinistas, empleados en trato directo con el público, jubilados y pensionados y el ingreso más frecuente es el de 1.5 a 3.0 salarios mínimos, esto es, de \$1,815.76 a \$3,631.50. En esta clasificación, generalmente son los jubilados y pensionados quienes tienen el ingreso más bajo, sin embargo, el hecho de tener seguridad social hace que la clasificación aumente un punto más.

Continuando con la ocupación, en segundo lugar está la que incluye trabajadores de los servicios personales y de los servicios de protección y seguridad, modelos, vendedores y demostradores, religiosos sin jerarquía y comerciantes establecidos y en cuanto a los ingresos, son semejantes al caso anterior.

Hay 116 personas con ingreso menor a un salario mínimo, es decir, que al mes el jefe de familia obtiene menos de \$1,210.50 lo que significa que cuenta con \$40.35 para los gastos de cada día.

En resumen, se tiene que los tres rangos que se encuentran con mayor frecuencia en cuanto a los ingresos son, en primer lugar, más de 1.5 a 3.0 s.m. (\$1815.76 a \$3631.51), en segundo lugar, menos de 1 s.m. (menos de \$1210.50) y, en tercer lugar, más de 1 a 1.5 s.m. (\$1210.51 a \$1815.75), con lo cual se puede afirmar que los ingresos del proveedor principal son muy bajos y en cuanto a la ocupación, lo que se encuentra con mayor frecuencia no requiere de muchos estudios o mucha preparación formal, sino más bien de otro tipo de habilidades para desempeñarse en los oficios o en los diversos servicios.

En la muestra con la que se trabajó, no hubo personas con el tipo de ocupación 12, por lo tanto no aparece en la tabla siguiente.

INGRESO EN SALARIOS MÍNIMOS SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN DEL PRINCIPAL PROVEEDOR ECONÓMICO EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Ingreso en salarios mínimos (s.m.)	Ocupación del principal proveedor económico											Total
	1 ¹	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	
- 1 s.m.	5	-	27	17	19	6	20	21	-	1	-	116
+ 1 a 1.5 s.m.	2	-	14	28	13	3	2	13	2	2	-	79
+ 1.5 a 3.0 s.m.	4	-	15	32	42	12	5	38	2	4	-	154
+ 3.0 a 4.5 s.m.	-	-	4	1	11	1	-	12	3	6	-	38
+ 4.5 a 6.0 s.m.	1	-	-	2	1	-	-	4	2	6	-	16
+ 6.0 a 8.0 s.m.	-	-	-	-	1	-	-	3	-	4	-	8
+ 8.0 a 10.0 s.m.	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	3
+ 10.0 a 13.0 s.m.	-	-	-	-	1	-	-	3	-	-	1	5
+ 13.0 a 16.0 s.m.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
16.1 a + s.m.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	3
Total	12	-	61	80	88	22	27	95	12	25	2	424

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹ Desempleados. 2* Becarios. 3* Trabajadores no calificados. 4* Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios. 5* Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. 6* Operadores de instalaciones, máquinas y montadores. 7* Agricultores y trabajadores calificados, agropecuarios y pesqueros. 8* Empleados de oficina, jubilados y pensionados. 9* Técnicos y profesionales de nivel medio. 10 Profesionales, científicos e intelectuales. 11* Fuerzas armadas. 12* Ejecutivos e inversionistas.

4.4.9 TOTAL DE INGRESOS Y NÚMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA

Como se mencionó en el apartado de los resultados, en el estudio socioeconómico se toman en cuenta además del ingreso del jefe de familia, el de los hijos y/o de otras personas que apoyan al gasto familiar, por lo que a continuación se analiza el total de ingresos con el número de integrantes por familia, entre los cuales se debe distribuir el dinero. En este cruce de variables, el total no llega a los 514 sujetos, ya que algunos de los proveedores principales que están desempleados, no cuentan con apoyo de otras personas y al momento de hacerles el estudio no tenían ingresos.

La mayoría de los usuarios, perciben de 1.5 a 3.0 salarios mínimos; en cuanto al número de integrantes de la familia, en 225 casos son tres o cuatro integrantes, le siguen 115 casos donde viven una o dos personas, pero con el mínimo ingreso considerado, es decir, menos de \$1,210.49 (- 1 s.m.). Con estos datos se puede ver que las familias son relativamente chicas, pero el ingreso con el que tienen que comer, vestir, transportarse, atender sus problemas de salud, en pocas palabras vivir, es aún menor.

Las familias con siete o más integrantes son pocas, pero aún existen, puede tratarse de familias extensas o numerosas, no se cuenta con el dato preciso. Sin embargo, sus ingresos son muy bajos.

Respecto a los ingresos más altos, entre los que puede considerarse de ocho salarios mínimos en adelante, este se distribuye de entre una a cuatro personas, lo cual indica que muy pocas personas tienen los recursos suficientes para vivir desahogadamente y hacer frente a gastos imprevistos en determinado momento.

RELACIÓN ENTRE INGRESOS ECONÓMICOS Y NÚMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, MANIFESTADO POR UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Total de ingresos	Número de integrantes						Total
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 u 8	9 o 10	11 o +	
- 1 s.m.	56	48	12	9	3	-	128
+ 1 a 1.5 s.m	20	37	24	7	4	-	92
+ 1.5 a 3.0 s.m	26	91	44	18	3	1	183
+ 3.0 a 4.5 s.m	3	20	17	2	2	-	44
+ 4.5 a 6.0 s.m	3	18	8	-	-	-	29
+ 6.0 a 8.0 s.m	1	5	2	1	-	1	10
+ 8.0 a 10.0 s.m	3	2	1	-	-	-	6
+ 10.0 a 13.0 s.m	2	3	-	-	1	-	6
+ 13.0 a 16.0 s.m	1	-	1	-	-	-	2
16.0 a + s.m.	-	1	3	-	-	-	4
Total	115	225	112	37	13	2	504

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4.10 INGRESO Y EGRESO TOTAL

Con las variables ingreso y egreso total, es posible apreciar que de acuerdo con los datos proporcionados por los pacientes, aproximadamente el 80% de la población gasta en la misma proporción de lo que gana y sólo en 36 casos, los egresos superan los ingresos.

Sólo unos pocos (67 casos), gastan menos del total de su ingreso, en todos los niveles, por lo que puede pensarse que ellos sí están en posibilidad de enfrentar un gasto imprevisto, por ejemplo para atender su salud.

Los nueve casos que faltan para tener al 100% de la muestra, se trata de personas que no tenían ningún ingreso al momento de aplicarles el instrumento.

RELACIÓN ENTRE INGRESOS Y EGRESOS ECONÓMICOS CON BASE EN SALARIOS MÍNIMOS EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Total ingresos (salarios mínimos)	Total egresos en salarios mínimos										Total
	- 1	+ 1 a 1.5	+ 1.5 a 3.0	+ 3.0 a 4.5	+ 4.5 a 6.0	+ 6.0 a 8.0	+ 8.0 a 10.0	+ 10.0 a 13.0	+ 13.0 a 16.0	16.0 a +	
- 1	105	14	8	2	-	-	-	-	-	-	129
+ 1 a 1.5	3	81	8	-	-	-	-	-	-	-	92
+ 1.5 a 3.0	3	12	165	3	-	-	-	-	-	-	183
+ 3.0 a 4.5	1	1	14	27	1	-	-	-	-	-	44
+ 4.5 a 6.0	-	1	4	10	14	-	-	-	-	-	29
+ 6.0 a 8.0	-	-	-	1	3	6	-	-	-	-	10
+ 8.0 a 10.0	-	-	1	-	3	1	1	-	-	-	6
+ 10.0 a 13.0	-	-	-	-	-	3	1	2	-	-	6
+ 13.0 a 16.0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
16.0 a +	-	-	-	1	-	-	-	1	1	1	4
Total	112	109	200	44	21	10	4	3	1	1	505

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001.

4.4.11 TIPO DE VIVIENDA Y ZONA DE UBICACIÓN

Se encontró que 415 personas viven en una zona urbana y el tipo de vivienda más frecuente es casa o departamento popular, seguido de vecindad o cuarto de servicio, esto da una idea de las condiciones en que viven los pacientes, realmente la zona en que se vive no importa tanto como la situación en que se encuentra su vivienda.

Continuando, hay 54 casos de familias que viven en una zona suburbana, tratándose de asentamientos que no cuentan con todos los servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las personas que habitan en una zona rural son las menos, el tipo de vivienda es la considerada más baja en esta clasificación, lo cual quiere decir que quienes viven en una zona rural carecen de los servicios indispensables y además tienen sus viviendas en condiciones poco o nada favorables para su propia salud.

TIPO DE VIVIENDA POR ZONA DE UBICACIÓN EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Tipo de vivienda	Zona de ubicación de la vivienda			
	Rural	Suburbana	Urbana	Total
Protec. social. cuarto redondo, cueva, choza, barraca.	20	10	21	51
Vecindad, cuarto de servicio	6	11	43	60
Casa o depto. popular	18	33	327	378
Casa o depto. clase media	1		23	24
Residencial			1	1
Total	45	54	415	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER. 2001

4.4.12 TIPO DE VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS INTRADOMICILIARIOS

Se encontró que la mayoría de los pacientes habitan una casa o departamento popular (378); en vecindad 60 del total. En consecuencia, cuentan con agua, drenaje, luz, vías de comunicación, puesto que la mayoría se ubica en zona urbana.

El resto de los pacientes vive en áreas rurales o suburbanas principalmente. Se destaca que un solo paciente vive en zona residencial.

TIPO DE VIVIENDA Y SERVICIOS PÚBLICOS INTRADOMICILIARIOS DE UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Tipo de vivienda	Servicios públicos intradomiciliarios				
	0 - 1	2	3	4 o +	Total
Protección social, cuarto redondo, cueva, choza, barraca.	15	14	18	4	51
Vecindad, cuarto de servicio	4	20	34	2	60
Casa o departamento popular	10	71	101	196	378
Casa o departamento clase media	-	-	1	23	24
Residencial	-	-	-	1	1
Total	29	105	154	226	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER. 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4.13 TIPO Y TENENCIA DE LA VIVIENDA

A pesar de que los ingresos de los pacientes son bajos, 222 sujetos, tienen vivienda propia, independientemente de las características de ésta y de los servicios que puedan tener, o de la zona donde se ubican; aunque la frecuencia más alta del tipo de vivienda marca 184, le siguen 19 casos de personas que viven en un cuarto redondo, cueva, choza, etc., es decir, en condiciones menos apropiadas.

Como se puede apreciar en la tabla, 167 sujetos habitan una vivienda prestada y en su mayoría se trata de una casa o departamento popular, seguido de 25 casos que viven en una vecindad o cuarto de servicio. Finalmente, son 125 sujetos los que rentan o están pagando su vivienda, estos últimos, aunque van a llegar a tener una vivienda propia en un momento dado, por el momento el estar pagándola implica desprenderse periódicamente de una parte de su ingreso, lo mismo ocurre con quienes pagan renta, con la diferencia de que ellos no van a ser dueños de la vivienda.

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIVIENDA Y SU TENENCIA EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Tipo de vivienda	Tenencia			
	Rentada o pagándola	Prestada	Propia	Total
Protección social, cuarto redondo, cueva, choza, barraca	12	20	19	51
Vecindad, cuarto de servicio	27	25	8	60
Casa o departamento popular	78	116	184	378
Casa o depto. clase media	8	6	10	24
Residencial	-	-	1	1
Total	125	167	222	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001

4.4.14 TIPO DE VIVIENDA Y SU MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN

El material de construcción que predomina es la mampostería en casa o departamento popular, le sigue el tabique y lámina de asbesto y finalmente las viviendas de lámina de cartón y madera, lo cual indica que a pesar de los bajos ingresos, los jefes de familia tratan de tener una vivienda, de material resistente que les permita protegerse del frío, el calor o la lluvia y contar con un núcleo familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE VIVIENDA SEGÚN MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN MANIFESTADO POR UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Tipo de vivienda	Material de construcción			
	Lámina de cartón y madera	Tabique lámina asbesto	Mampostería	Total
Protección social, cuarto redondo, cueva, choza, barraca	21	15	15	51
Vecindad, cuarto de servicio	15	21	24	60
Casa o departamento popular	22	21	305	378
Casa o depto. clase media	-	-	24	24
Residencial	-	-	1	1
Total	58	87	369	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001

4.4.15 TIPO DE VIVIENDA Y NÚMERO DE HABITACIONES

Con los datos analizados hasta aquí, podría pensarse que los pacientes del INER son personas quizá de clase media o media baja, pero haciendo un cruce entre las variables tipo de vivienda y número de habitaciones, esta idea cambia radicalmente, pues no obstante las casas se ubican en su mayoría una zona urbana, con cuatro o más servicios intradomiciliarios, predominando la casa o departamento popular, al analizar las cifras de la variable número de habitaciones y ver que hay 335 casos de personas cuyas casas tienen una o dos habitaciones en total, no se puede seguir pensando que son personas que viven medianamente bien. La otra posibilidad es que haya confusión al momento de tomar el dato y se esté considerando como número de habitaciones a los dormitorios, y en tal caso si es común que las casas o departamentos populares tengan una o dos habitaciones para dormir.

De hecho según los datos trabajados, hay siete casos de pacientes a los que se les clasificó en casa o departamento clase media, pero la vivienda tiene una o dos habitaciones, lo cual parece ser un error como se comentó antes.

De los 55 pacientes que dicen vivir en vecindad, aún hay posibilidad de que en algunos casos tengan dos habitaciones, no así los 50 sujetos que viven en un cuarto redondo donde es obvio el número de habitaciones que tienen.

Son 156 los casos de personas cuyas casas tienen tres o cuatro habitaciones en total, lo cual habla de una vivienda con condiciones más favorables, mientras que únicamente 23 pacientes tienen cinco o más habitaciones, no obstante sólo 20 son clasificadas como casa o departamento popular.

En esta variable sería recomendable revisar cómo se está obteniendo el dato, ya que hay contradicción en los resultados encontrados.

TIPO DE VIVIENDA Y SU NÚMERO DE HABITACIONES SEGÚN LO MANIFESTADO POR UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Tipo de vivienda	Número de habitaciones			
	1 o 2	3 o 4	5 o +	Total
Protección social, cuarto redondo, cueva, choza, barraca	50	1	-	51
Vecindad, cuarto de servicio	55	4	1	60
Casa o departamento popular	223	135	20	378
Casa o depto. clase media	7	16	1	24
Residencial	-	-	1	1
Total	335	156	23	514

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001

4.4.16 ESTADO DE SALUD Y NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO

Desde la visión de la epidemiología, es muy importante conocer el nivel de convivencia que un enfermo tiene con personas aparentemente sanas, puesto que él puede ser la fuente de contagio. Así, se encontró que entre 266 pacientes, existen dos enfermos además de él en cada núcleo familiar, esto es más ostensible en los casos en que existe una o dos habitaciones.

RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO Y NÚMERO DE ENFERMOS EN EL NÚCLEO FAMILIAR EN UNA MUESTRA DE USUARIOS DEL INER DE ENERO A MAYO DE 2001

Número de enfermos	Número de personas por dormitorio			
	Una o dos	Tres	Cuatro o más	Total
Tres	172	48	46	266
Dos	60	16	21	97
Uno*	71	35	45	151
Total	303	99	112	514

*Corresponde al paciente entrevistado

Fuente: Estudio socioeconómico del INER, 2001

4.4.17 CLASIFICACIÓN

Una vez que se ha concluido con todas las preguntas del estudio socioeconómico, se procede a realizar el conteo de los puntos alcanzados en cada uno de los indicadores, según las respuestas de los propios pacientes; la puntuación final determina cuál de los seis niveles de clasificación corresponde al usuario. De este modo, quien obtiene la clasificación 0 o IX, queda exento de pago y la cuota va aumentando de acuerdo con la clasificación obtenida, que va del 1 al 6.

La clasificación que se asignó con mayor frecuencia a los pacientes de esta muestra es la número 1 y 2, respectivamente con diferencia de apenas un sujeto, por lo que son muchos los pacientes beneficiados ya que no pagan el costo real de los servicios que reciben en el Instituto. La clasificación 3 tiene el tercer lugar en cuanto a frecuencia de asignación y entre las tres son 398 pacientes los que obtienen las clasificaciones más bajas, curiosamente en ese orden.

Son muy pocas las personas que obtienen la clasificación más alta que es la 6, y las superan notoriamente las personas con clasificación 0 o IX, que se asigna a aquellas personas que viven en pobreza extrema y por lo tanto no pagan nada por los servicios que reciben en el INER.

Esta información coincide con la de la variable ingresos, y todas las demás que indican el aspecto económico de los sujetos, donde la gran mayoría de los datos se inclinan hacia las cifras menos favorecidas.

De lo anterior se concluye que los pacientes del INER son de clase baja por lo que difícilmente y en muchos casos definitivamente, no podrían pagar los costos reales que implica atender sus problemas de salud en cuanto a enfermedades respiratorias.

El perfil socioeconómico de esta muestra de usuarios del INER, se enmarca en un grupo de la población perteneciente a la clase baja, caracterizada por condiciones de riesgo para la salud y una mala calidad de vida.

4.4.18 FACTORES DE EXPOSICIÓN

Haciendo un análisis de los factores de exposición en conjunto, en términos generales se puede decir que los pacientes y sus familiares han modificado sus hábitos de manera positiva y han disminuido los factores de riesgo a las enfermedades respiratorias, como pudo apreciarse con las preguntas que se refieren al pasado y luego al presente. Por ejemplo, disminuye con 25.3 puntos porcentuales, el número personas que fumaban antes a los que fuman ahora. Respecto a la exposición a bebidas alcohólicas, se encuentra una disminución en el presente con respecto al pasado, a razón de 15.7 puntos porcentuales. Se destaca que no sigue esta tendencia el uso del refresco de dieta y sustitutos del azúcar, pues la cifra, aunque ligeramente se eleva en .2 puntos porcentuales, según los datos que proporcionan los pacientes.

La convivencia con animales, el uso de alfombra en la recámara, de insecticida y la exposición a humos también disminuyó, por lo menos en diez puntos porcentuales. Aunque el instrumento no permite saber si esto sucedió a raíz de que fueron aceptados como pacientes del INER.

Por lo que se refiere al resto de factores de exposición, casi la mitad de los pacientes (49%) están cerca de una avenida principal y es que la mayoría de ellos viven en una zona urbana del Distrito Federal o del Estado de México, donde hay gran cantidad de avenidas de dos carriles y más.

Son pocos los casos de quienes viven cerca de una gasolinera, (17.7%); de un tiradero de basura, (12.5%); de un establo o porqueriza, (11.5%); y de una fábrica o industria, (13.6%). Es mínimo el porcentaje de quienes tienen una granja aviaria en casa (7%) y por lo general son los pacientes que viven en provincia, aunque no exclusivamente.

Hay dos preguntas en esta encuesta que pudieran parecer fuera de lugar, la primera se refiere a la presencia o no de niños menores de seis años en la casa del paciente y la segunda al número de personas que duermen con él. En ambos casos, no es el paciente quien está en riesgo sino los niños y quienes duermen con el paciente, pues podrían ser contagiados de la enfermedad.

La última parte de la encuesta incluye seis preguntas que no pueden considerarse como factores de exposición y se refieren a la posesión de algunos aparatos domésticos.

Los resultados coinciden con los anteriores, pues los pacientes no poseen aparatos que para muchas personas pueden considerarse de primera necesidad, ni siquiera posee televisión el 100% de la muestra, sólo el 88.7% y es el porcentaje más alto, le sigue el refrigerador con 72.4% y teléfono el 54.1%, sólo el 9.1% tiene computadora, siendo una herramienta tan necesaria en estos tiempos.

4.5 PERFIL SOCIOECONÓMICO

A continuación se presenta el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, de enero a mayo de 2001.

Los pacientes del INER acuden con mayor frecuencia a la clínica de asma, se aplica el estudio socioeconómico por primera vez en consulta externa para apertura de expediente, siendo esta la referencia interna más frecuente y la especialidad a la que más concurren es a neumología.

Los pacientes nacieron en su mayoría en el Distrito Federal y el Estado de México y la procedencia al INER es también de estos lugares. La presencia de pacientes de sexo masculino es ligeramente más frecuente que de sexo femenino y se trata de niños de cero a nueve años de edad, de nacionalidad mexicana.

Respecto al estado civil, la incidencia es de solteros, con escolaridad de primaria y la ocupación más frecuente es el hogar; en su mayoría no son derechohabientes de alguna institución de salud y acuden al INER por iniciativa propia para atender sus padecimientos.

La ocupación más frecuente del proveedor principal se encuentra en la clasificación "Empleados de oficina, jubilados y pensionados", sin contar con cifras específicas de cada uno. El ingreso total de las familias se localiza en el rango de 1.5 a 3.0 salarios mínimos y convertido son de \$1,815.76 a \$3,631.50 pesos mensuales. Dicho ingreso lo distribuyen en los diferentes gastos como son alimentos, vivienda, servicios y otros, gastando en promedio una cantidad similar a la que ganan.

La zona de ubicación de las viviendas es mayormente urbana, del tipo casa o departamento popular, la tenencia es propia con cuatro o más servicios públicos intradomiciliarios, la construcción es de mampostería, con una o dos habitaciones, y ocupan cada dormitorio una o dos personas.

En el núcleo familiar hay tres enfermos o el principal proveedor económico y la clasificación que más se asignó fue la uno. Lo anterior indica que se trata de personas con escasos recursos económicos.

La encuesta de factores de exposición indica que son pocos los pacientes que fumaron en el pasado por largos periodos de tiempo y en grandes cantidades, pero sí había varios fumadores pasivos. Al momento de aplicar el instrumento, ya habían disminuido las cifras, de acuerdo con los datos que proporcionaron los pacientes.

En el hogar de muchos sujetos se utilizó leña o carbón para cocinar, actualmente ha disminuido la cifra. Lo mismo sucede con la ingestión de bebidas alcohólicas, vitaminas y medicinas para dormir.

Actualmente son menos las personas que tienen animales en casa como son aves, perro, gato, cucarachas u otro tipo, con respecto al pasado.

Las alfombras se han dejado de utilizar en las viviendas, así como los insecticidas, hay menos humedad en las paredes y también es menor la exposición al polvo y a humos, sucede lo contrario con las sustancias químicas, pues en el presente hay más casos de exposición.

La mayoría de los pacientes no viven cerca de gasolineras, tiraderos de basura, establos, porquerizas, industrias, ni tienen granja aviaria en su domicilio.

En la mayoría de los casos no hay niños menores de seis años en la vivienda y los pacientes duermen con una persona en la misma habitación.

El aparato electrodoméstico con que cuenta la mayoría de los pacientes, es con televisión, seguido de refrigerador y después teléfono.

CAPÍTULO 5

121-A

CAPÍTULO 5

5 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

En este capítulo se hace un análisis general de la experiencia adquirida en el servicio social y la elaboración de este informe.

El análisis del desarrollo de la experiencia es con relación al marco teórico conceptual; a la instrumentación y desarrollo del proyecto; a la metodología utilizada y por último a los efectos sociales del proyecto.

5.1 Con relación al marco teórico conceptual

El marco teórico conceptual desarrollado para fundamentar el desarrollo de la investigación que permitió obtener el "Perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, de enero a mayo de 2001" inició con la conceptualización de los principales términos utilizados en la investigación. Contiene en primer lugar la definición de perfil hasta llegar a la de perfil socioeconómico que es el producto de este informe. Una parte importante y fundamental para obtener dicho perfil es el instrumento denominado estudio socioeconómico que las trabajadoras sociales aplicaron en el INER.

El apartado de indicadores socioeconómicos ofrece la posibilidad de tener un panorama general de los datos demográficos utilizados en diversos países y conocer sus similitudes. Y en el caso específico de México, en este apartado se conocieron los indicadores utilizados por el INEGI, Banamex y CONAPO, los dos últimos basándose en los datos del primero quien obtiene los censos de población y vivienda, siendo considerado como fuente primaria de los datos demográficos en nuestro país.

Toda esta información sirve para darse cuenta de que tanto a nivel macro como a nivel micro, los indicadores son semejantes y lo que los hace un tanto diferentes es el énfasis que se le da a cada indicador para obtener información específica de acuerdo con las necesidades de la institución que los utiliza.

Esta información es muy importante sobre todo cuando se desea tener un estudio socioeconómico válido y confiable, como es el objetivo de la investigación realizada por el INER y la ENTS - UNAM, pues abre el panorama de los indicadores que pueden ser de utilidad para tal fin.

En relación con los indicadores socioeconómicos utilizados en el área de la salud, hay mucha similitud entre ellos, sin embargo los criterios para asignar la clasificación son distintos, de ahí que un paciente que acude a dos o más instituciones de salud pueda tener diferente clasificación socioeconómica. Independientemente de esto, han sido los trabajadores sociales quienes a través del tiempo han realizado esta actividad y han desarrollado la habilidad para obtener del paciente la información lo más real posible.

Fue necesario conocer los criterios utilizados por los trabajadores sociales del INER en la aplicación del estudio socioeconómico y por ende para la asignación de clasificación, ya que esto facilitó la elaboración del análisis y de la propia exposición de los resultados.

Un acontecimiento que no forma parte del marco teórico sino de la práctica pero que contribuyó para tener más elementos al momento de construir el perfil socioeconómico, fue el haber participado en la aplicación del nuevo estudio socioeconómico en el INER durante un mes, no como parte del servicio social, sino como becaria de la investigación. Con esta experiencia me pude percatar de la manera en que se aplicó el estudio socioeconómico de enero a mayo de 2001, pues se hizo la aplicación simultánea del estudio que está en vigencia y del nuevo estudio que se está poniendo a prueba.

5.2 Con relación a la instrumentación y desarrollo del proyecto

Como ya se expuso en su oportunidad, el desarrollo del servicio social consistió en la integración de la prestadora a dos investigaciones, de la primera se cumple con el objetivo que fue realizar revisión bibliográfica para preparar un marco teórico que permita posteriormente elaborar un proyecto de investigación sobre teorías contemporáneas del Trabajo Social. De la participación en esta investigación se mencionan las actividades realizadas y la bibliografía revisada que se encuentran en el capítulo tres.

El área de servicio social dio un tiempo de siete meses de abril a octubre para desarrollar lo programado, sin embargo, por razones personales yo me integré al servicio el día 13 de febrero de 2001, asistiendo dos veces por semana y a partir de abril asistí los cinco días de la semana, seis horas diarias, de ahí que se hayan dedicado cuatro meses a cumplir con las actividades programadas para cada investigación.

El objetivo general del programa de servicio social se cumplió satisfactoriamente siguiendo lo planteado en los objetivos específicos y en las metas, en donde se hizo una separación de lo que se debía cumplir específicamente para el servicio social y para la titulación, como se expuso en el capítulo tres.

Respecto a la organización planteada en el proyecto de servicio social se puede decir que se contó en todo momento con el apoyo de quienes se contemplaron como recursos humanos, los cuales me brindaron orientación siempre que fue necesario. Asimismo, se hizo uso de todos los recursos materiales disponibles y programados para este fin.

Se siguieron al pie de la letra las estrategias establecidas así como las funciones y actividades, lo cual hizo posible que se cumpliera con los objetivos y metas y en general, con todo lo programado.

Se cumplió con los tiempos establecidos en el cronograma para la revisión bibliográfica de las dos investigaciones, no obstante, al iniciar con la depuración de la base de datos los tiempos se prolongaron, debido a que la prestadora no conocía el manejo del paquete estadístico SPSS, y aunque se contempló el hecho de recibir asesorías, se presentó el inconveniente de no contar con equipo de cómputo, pues el laboratorio de la ENTS tiene mucha demanda por lo que los alumnos sólo cuentan con una hora y media para trabajar, lo cual no era suficiente. Afortunadamente, en casa fue posible obtener una computadora y fue ahí donde se trabajó todo este proceso. Es un trabajo muy bonito, pero al mismo tiempo laborioso, por medio del cual es posible presentar los resultados con las cifras obtenidas de la depuración.

Además de lo programado, se apoyó eventualmente en algunas actividades como fue el apoyo en el mes de junio en la recopilación de documentos y copias para integrar los cinco juegos del informe anual que la supervisora del servicio social

entregó al PAPIIT. Imprimir eventualmente algún documento, sacar fotocopias, entre otras cosas que requirieron de menor tiempo.

Otra actividad no programada fue la asistencia al Congreso Internacional 'La política social en la transición', realizado en el Palacio de Medicina los días 23 a 25 de mayo de 2001, de 9:00 a 15:00 hrs.

El apoyo en las acciones no programadas, no interfirió en modo alguno en la realización de las actividades propias del servicio social, pues siempre se dio prioridad a estas últimas y sólo cuando realmente se necesitaba de mi participación se me pidió hacerlo.

5.3 Con relación a la metodología aplicada

La metodología aplicada en el desarrollo del servicio social se basó en la investigación social, misma que se desprende de la investigación científica, con la cual se pretende encontrar respuesta a las interrogantes que el hombre se plantea.

De acuerdo con los autores consultados para el capítulo cuatro, para que estos conocimientos sean considerados como confiables y como conocimiento científico deben obtenerse por medio del método científico. La investigación social también debe cumplir determinados principios metodológicos y basarse en teorías, métodos, técnicas e instrumentos adecuados para alcanzar el conocimiento.

Con base en lo anterior se procede ahora a analizar paso por paso la metodología utilizada en el servicio social.

Los autores indican que para abordar un problema es preciso en primer lugar elaborar un marco teórico por medio de la búsqueda de autores que han investigado y escrito con anterioridad sobre el tema y eso fue lo que se hizo en el servicio social, se dedicaron cuatro meses para hacer revisión bibliográfica sobre teorías contemporáneas de trabajo social.

Este es un tema muy interesante pero también complicado y controversial porque de inicio no hay consenso sobre el hecho de si hay o no teoría en trabajo social, razón por la cual fue necesario recurrir a los autores Kopnin y Bunge, quienes hablan de cómo se construye la teoría y de acuerdo con ellos, se estaría hablando de que en trabajo social no se han construido teorías.

Otro gran obstáculo que requirió de mucha revisión bibliográfica fue el tratar de encontrar algún autor que indicara la manera de operacionalizar teoría como variable, lo cual no fue posible. De ahí que no se pudiera avanzar más en cuanto a este trabajo. No obstante los objetivos planteados para esta investigación sí se cumplieron.

Para la investigación sobre el estudio socioeconómico, se realizó la revisión bibliográfica del número de textos solicitados para posteriormente plantear el problema y elaborar el proyecto de investigación.

El tema de investigación fue perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER. Una vez que se concluyó con la revisión bibliográfica y se estructuró el marco teórico, se procedió a plantear el problema, que es el siguiente paso de acuerdo con los autores revisados.

A partir del planteamiento del problema se elaboraron los objetivos general y específicos, considerados como puntos de referencia que guían el desarrollo de la investigación.

En cuanto al método, el tipo de estudio puede ser clasificado de diversas formas, para esta investigación fue descriptivo, de campo y transversal.

Aunque las responsables de la investigación "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER" la iniciaron a mediados del año 2002, la prestadora de servicio social no tenía conocimientos específicos al respecto, de ahí que se planteó el objetivo de aportar algo nuevo a la investigación, en cuanto a revisión bibliográfica y marco teórico.

No obstante que la prestadora no participara en la aplicación del estudio socioeconómico a los pacientes del INER, dado que es una actividad que deben realizar las trabajadoras sociales de la Institución, el instrumento fue aplicado por ellas en el medio natural que rodea a los sujetos y se aplicó en una sola ocasión, por lo que fue un estudio de campo y transversal.

El actuario que participa en la investigación obtuvo la muestra, y las responsables de la misma me la entregaron, y fue de tipo aleatorio o al azar donde el total de la población o universo fue de 2,119 sujetos, la muestra de 514 sujetos y todos tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados.

El instrumento utilizado fue el estudio socioeconómico y la encuesta de factores de exposición que se venía utilizando con anterioridad en el INER y que fue construido por los Jefes de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud.

La estadística utilizada fue no paramétrica, por ser la que se adecuó en esta investigación, tal como se indicó en el capítulo cuatro. El procedimiento indicado en dicho capítulo se cumplió según lo establecido.

Con todo lo anterior se puede afirmar que la metodología utilizada fue la correcta y que esta permitió cumplir con el objetivo de conocer el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER.

Independientemente de que la metodología utilizada haya sido la correcta, fue sobre la marcha, conforme se fueron ejecutando cada uno de los pasos, que se presentaron dificultades principalmente para la depuración de la base, concretamente para poner etiquetas sobre todo a la variable "ocupación del principal proveedor económico", ya que hay tantas ocupaciones que es muy difícil clasificarlas.

Al trabajar la depuración de la base se encontró que la clasificación que aparece en el manual de procedimiento para la asignación de clasificación socioeconómica que utilizan las trabajadoras sociales del INER, tiene ciertas imprecisiones. Por ejemplo, en dicho manual, que se presenta en el capítulo dos de este trabajo, se hace una clasificación por tipo de ocupación, pero una vez que se pretende incluir ahí a todos los sujetos, de pronto surgen dudas de dónde deben ubicarse. Las trabajadoras sociales del INER ubican la ocupación del proveedor principal en determinado grupo. al momento mismo del llenado del estudio socioeconómico

porque como ya se mencionó tienen que dar un puntaje a esa variable para asignar la clasificación, no obstante, en la muestra que se trabajó la respuesta a esta variable aparece tal cual la refiere el paciente y es muy probable que en algunos casos la ubicación dada para el presente trabajo varíe con la que dio la trabajadora social al momento de aplicar el instrumento.

La economía de nuestro país va en detrimento y diariamente la gente encuentra actividades diferentes para obtener sus ingresos y subsistir, de ahí la dificultad para agrupar la ocupación económica, pero es preciso trabajar en ello para que esa agrupación y el puntaje que se da a los pacientes en esta variable sean justos.

Por otro lado, se asigna también un puntaje de acuerdo a la categoría de la ocupación y la principal observación que tengo, es que están en un mismo grupo los empleados de oficina, los jubilados y pensionados, como si en México las pensiones fueran muy altas. Pues a este grupo se le asignan siete puntos, en una escala de cero a diez. Aunado a lo anterior, está el hecho de que, al tener seguridad social se les asigna un punto más, lo que hace que la clasificación que les correspondía según su situación económica aumente automáticamente un punto. No obstante, estas personas prefieren pagar a cambio de obtener una mejor atención, misma que con toda seguridad no han encontrado en las instituciones a las que les corresponde ir por derecho, como es el ISSSTE, el IMSS o el Sector Salud.

5.4 Con relación a los efectos sociales del proyecto

El hecho de contar con el perfil socioeconómico de los usuarios del INER, así se trate de una muestra, brinda la posibilidad de emprender diversas acciones en beneficio de los pacientes de dicha Institución.

Como ya se ha repetido antes, en el INER se aplica además del estudio socioeconómico, una encuesta de factores de exposición cuyos datos permiten conocer en qué casos los pacientes están en riesgo de empeorar su salud o de contagiar a quienes los rodean, es decir, los dos instrumentos ofrecen información muy valiosa que se complementa y además brindan una amplia gama de posibilidades de elaborar programas de prevención de las enfermedades respiratorias dirigidos a los pacientes y, además, el Instituto tiene la posibilidad de destinar un presupuesto más adecuado sabiendo el tipo de pacientes a los que atiende.

Desconozco el objetivo para el que ha sido creada la encuesta de factores de exposición y el tratamiento que se le dé a la información que con ella se obtiene, no sé si sirva únicamente para que el médico tratante tenga una visión más amplia de la situación que rodea al paciente, más aún, desconozco si esta información y la del estudio socioeconómico la revisa el médico o sólo le baste con saber que al paciente ya se le ha asignado una clasificación para que pague su cuota. Lo que sí me queda claro es que con esta información, las trabajadoras sociales tienen muchas posibilidades de actuar en beneficio de los pacientes y de la población en general.

En cuanto al aspecto económico, quizá no haya mucho más que hacer ya que trabajo social y el mismo Instituto no está en posibilidad de mejorar esa situación o brindar empleo a quienes no lo tienen, etc. pero sí está apoyando al permitir que se paguen cuotas por debajo del costo real y en los casos que se amerita, la atención sea gratuita.

Es valiosísima la labor que están desempeñando las responsables de la investigación en su objetivo de obtener un estudio socioeconómico válido y confiable, ya que la consecución de éste propiciará que los usuarios paguen lo que realmente pueden pagar por los servicios que reciben en el Instituto y que se disminuya lo más posible la posibilidad de que los pacientes o familiares falseen u omitan información en su afán por obtener una clasificación menor con la que paguen menos.

Hasta aquí se ha hablado de los efectos sociales únicamente del perfil socioeconómico, y del hecho de obtener un estudio socioeconómico válido y confiable, sin embargo se considera necesario hablar a grandes rasgos de los beneficios que traería a los trabajadores sociales y por ende a la sociedad a la cual se atiende, si se hacen los esfuerzos necesarios para en principio intentar construir teorías de trabajo social como lo plantea Mario Bunge o algún otro autor.

Si bien en este informe no se ha hecho referencia a lo que plantean los autores consultados durante la primer etapa del servicio social en cuanto a teorías contemporáneas del trabajo social, en el siguiente apartado se presenta un intento por hallar una relación entre las dos investigaciones en las que se participó.

CAPÍTULO 6

130A

CAPÍTULO 6

6. PROPUESTAS

El presente capítulo, contiene algunas propuestas que surgen de la experiencia adquirida en el servicio social y de los resultados encontrados a partir del desarrollo del proyecto de investigación, así como de la elaboración de este informe, iniciando por las más sencillas pero importantes para el futuro desempeño de otro prestador de servicio social.

Es importante aclarar primero que cuando se inició el servicio social, la supervisora estaba adscrita a la División de Estudios de Posgrado y poco antes de concluirlo, se reasignó a la Coordinación de Investigación, lo cual no cambió en nada el desarrollo del proyecto de servicio social, simplemente se hace la aclaración porque las propuestas no son dirigidas a un área o departamento específico, sino en general, a los investigadores que requieran de prestadores de servicio social y, posteriormente se presentan las propuestas que surgen de la investigación.

Se propone:

- Con base en lo planteado en el capítulo tres, sobre los alcances y limitaciones, se propone que las autoridades de la ENTS tomen las medidas de seguridad necesarias para acabar con los robos de equipo de cómputo, ya que en el transcurso de los siete meses que duró el servicio social, le robaron a la supervisora dos impresoras y una computadora Laptop que eran indispensables para realizar su trabajo, además de otros materiales que utilizaba para dar sus clases. Aún después de la fecha en que terminó el servicio social han seguido robando y ya no es sólo a ella sino a toda la Escuela. Ya son innumerables los daños que han causado las personas responsables de estos hechos y lo peor es que no se hace nada para terminar con estos actos reprobables. Es necesario poner un alto a esta situación, dar un castigo ejemplar a los culpables y no permitir que esos individuos pisen más las instalaciones universitarias porque todos salimos afectados.

Antes de que robaran el equipo, tanto el becario como la prestadora del servicio social, podíamos utilizar la computadora laptop para avanzar en las tareas encomendadas por la supervisora, después se tuvo que recurrir al laboratorio de cómputo que no es suficiente para todos los alumnos de la Escuela, de aquí surge la siguiente propuesta.

- Que la Escuela Nacional de Trabajo Social brinde las facilidades necesarias para que los prestadores que realizan su servicio social dentro de la propia escuela puedan tener acceso al laboratorio de cómputo, por tiempo

ilimitado mientras dura el proceso, ya que la falta de equipo retrasa el desarrollo del trabajo y la obtención de resultados.

Referente a la investigación:

- Se tiene una observación respecto al estudio socioeconómico y la encuesta de factores de exposición, que son los instrumentos con los que se trabajaron los resultados. Aunque son únicamente cuestiones de forma y no tanto de fondo, éste es un instrumento que se maneja en todos los Institutos Nacionales de Salud por lo que considero que sería importante tomarlas en consideración.

En el estudio socioeconómico (ver anexo 1), se puede apreciar que hay subtítulos con letras negritas que son como apartados de los datos que se están pidiendo, y hay algunos datos que no tienen subtítulos y que por la forma en que está organizado el instrumento, pareciera que se incluyen en un apartado no apropiado. En este sentido, mi propuesta es que se incluyan algunos subtítulos de tal manera que el instrumento quedaría como sigue:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Investigación social: una experiencia desde el servicio social
López Flores Cristina

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO INICIAL

DÍA	MES	AÑO

Diagnóstico: _____
 No. Exp. _____ ASMA () EPOC () TB () FQ () CANCER () TABAQUISMO () CLINICA SUEÑO ()
 Ref. interna: C/E: Apertura () Ingreso () URG () Especialidad: NEUMOLOGÍA () ORL ()

Datos de identificación:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo M () F ()		
Nacionalidad: Mexicana () otra _____		Escolaridad: _____
Estado Civil: _____		Ocupación: _____
Domicilio Permanente: Calle: _____		Colonia: _____
Delegación o Mpio.: _____	Edo.: _____	C.P.: _____ Tel: _____

Lugar de procedencia: D.F. y Extranjero (3) Edo. de México (2) R.R. (1)

Domicilio Provisional: Calle: _____	Colonia: _____
Delegación o Mpio.: _____	Edo.: _____ C.P.: _____ Tel: _____
Domicilio de Trabajo: Calle: _____	Colonia: _____
Delegación o Mpio.: _____	Edo.: _____ C.P.: _____ Tel: _____

Datos de los familiares:*1

Nombre del Padre: _____	Vive: Si () No ()
Nombre de la Madre: _____	Vive: Si () No ()
Nombre del Cónyuge: _____	Vive: Si () No ()
Persona Responsable: _____	Parentesco: _____
Domicilio: Calle: _____	Colonia: _____ Delegación o Mpio.: _____
Edo.: _____	C.P.: _____ Tel: _____ Ocupación: _____
Domicilio de Trabajo: Calle: _____	Colonia: _____
Delegación o Mpio.: _____	Edo.: _____ C.P.: _____ Tel: _____

Derechohabiente: IMSS () ISSSTE () PEMEX () Ninguno () Otro: _____
Referencia: 1er Nivel () 2º Nivel () 3er Nivel () Informal () Subsecuente ()
Ocupación: Tipo de ocupación del Principal Proveedor Económico: _____
 Puntos: _____

* Se sugiere agregar este título. El resto ya existen, pero se propone ponerlos con negritas como en los otros casos.

Como se mencionó anteriormente, los cambios son en cuanto a la estructura y un poco el orden de las preguntas, pues con la investigación que se realizó aquí no se puede proponer algo más profundo. Cuando se obtenga un estudio socioeconómico válido y confiable, entonces se podrá hablar de cambios en las variables, pero estos serán con base en una serie de procedimientos estadísticos y de fórmulas comprobadas que así lo indicarán.

- Respecto a la encuesta de factores de exposición que se aplicó de enero a mayo de 2001 sólo se sugiere cambiar de orden la variable '¿Hay niños menores de 6 años en su vivienda?', porque está desubicada.

En el lado izquierdo están las preguntas sobre el pasado de los pacientes, de lado derecho sobre la situación actual, se sugiere cambiar dicha variable a este apartado donde se pregunta de la situación de las personas que rodean al paciente, (ver anexo 2).

- Durante la depuración de la muestra con la que se trabajó, se pudo apreciar que la tabla donde se clasifica la ocupación del proveedor principal de la familia, desde mi punto de vista, no cumple adecuadamente con su objetivo, ya que al momento de pretender clasificar esta variable, surgen dudas de dónde debe ir cada tipo de ocupación, por lo que se propone realizar una revisión profunda, con base en la clasificación que maneja la Organización Internacional del Trabajo y el INEGI, tomando en cuenta también las ocupaciones que se presentan con mayor frecuencia en el INER, para tener la certeza de que todas puedan clasificarse sin problema.
- En relación con la tabla por medio de la cual se calcula el ingreso familiar mensual, se observó que el último rango se está duplicando con la última cifra del rango anterior, es decir, 16.0 salarios mínimos se repite en los dos rangos, por lo que se sugiere cambiar el último rango así: "De 16.1 o más", tal como se hizo en la presentación de los resultados.

Respecto a las investigaciones en las que se apoyó, cuyos títulos son: "Una aproximación a la construcción de las teorías contemporáneas del trabajo social en la Ciudad de México" y "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER", se presenta lo siguiente:

Con la finalidad de rescatar de alguna manera la información recabada con la participación en las dos investigaciones mencionadas, a continuación se presenta un pequeño análisis comparativo entre las actividades realizadas en la investigación del estudio socioeconómico y algunas de las ideas principales de lo que plantean tres de los autores revisados respecto al trabajo social, a las teorías contemporáneas del trabajo social y cómo se construye la teoría, con el fin de encontrar hasta qué punto, lo que las investigadoras están haciendo puede en el futuro llegar o no a ser teoría.

Es importante destacar el hecho de que hablar de teoría en trabajo social puede implicar entrar en polémica, ya que cada autor expresa su propia postura al respecto.

MANUEL MOIX MARTÍNEZ

En su libro "Introducción al Trabajo Social" (1991), el autor indica entre otros aspectos, las características y actividades propias del trabajo social.

Habla de que "Trabajo Social es la única profesión que se centra de lleno en la interacción de la gente con su entorno social en su totalidad, ayudándola a aprovecharlo plenamente para la satisfacción de sus necesidades" (Moix, 1991. pág. 250).

El autor indica la importancia de que los trabajadores sociales "descubran las posibles fallas y necesidades en los servicios sociales, para encontrar el modo de mejorar las condiciones y de incrementar los recursos sociales, contribuir a remediar los problemas de tal índole, y participar en la investigación social, a fin de verificar teorías, perfeccionar los servicios sociales existentes, e identificar las zonas donde se haga necesario introducir cambios a los servicios o establecer otros nuevos" (Moix, 1991. pág. 265).

Retomando la idea del autor, en el INER y la ENTS, surgió la inquietud por comprobar si el estudio socioeconómico tiene o no fallas y de ser así proponer uno nuevo, todo esto a través de la investigación social y no sólo de la experiencia y según apunta el autor, esto contribuirá a introducir cambios y a mejorar los servicios sociales existentes, concretamente los servicios que brinda el INER.

Moix, indica que "el trabajo social es una profesión basada en un cuerpo de doctrina en el que se sistematizan los saberes científicos destilados lentamente de la investigación científica y de las más depuradas técnicas decantadas por la experiencia de expertos profesionales" (Moix, 1991. pág. 267).

Aquí se plantea la necesidad de sistematizar los conocimientos que surgen de la investigación científica sin dejar de lado la experiencia acumulada desde la práctica. Aunque en la realidad se ha podido ver que las actividades cotidianas que desempeñan los profesionales del trabajo social absorben su tiempo y no es posible que se aboquen a la investigación, de ahí la necesidad de que quienes se dedican a la investigación como actividad principal, se coordinen con los profesionales que se desempeñan en las diversas áreas e instituciones para obtener mejores resultados. Como es el caso de la investigación que realizan conjuntamente en la ENTS y en el INER, de la cual podría surgir quizá alguna teoría.

MALCOLM PAYNE

Iniciando con el autor Malcolm Payne, en su libro "Teorías contemporáneas del trabajo social" (1995), él parte del hecho de que "en trabajo social sí hay teorías y que éstas tratan de explicar, describir o justificar lo que hacen los trabajadores sociales, pero con frecuencia éstos escogen para sus actividades prácticas un montón de conceptos aceptables pero que no forman una teoría coordinada" (Payne, 1995. pág. 18-19).

Retomando lo que plantea Payne, ciertamente los trabajadores sociales se basaron en su experiencia para construir un instrumento que aplican en una de sus actividades prácticas, sin embargo, al no tener la certeza de que el instrumento cumple plenamente con su objetivo, en diferentes momentos se han hecho esfuerzos por mejorarlo y es probable que este trabajo sea el definitivo para obtener un instrumento válido y confiable, para lo cual el aporte académico y la experiencia práctica son básicas en la consecución del objetivo de la investigación.

Para el autor, "la naturaleza del trabajo social y su teoría deben estar definidas por lo que realmente hacen los trabajadores sociales en la práctica y no únicamente desde el desarrollo académico, en otras palabras, la teoría del trabajo social se crea dentro del mismo trabajo social como resultado de una interacción con la práctica profesional, lo que a su vez interactúa con contactos sociales más extensos" (Payne, 1995. pág. 27).

En la investigación del estudio socioeconómico, las responsables de la misma no propusieron un nuevo estudio de manera arbitraria, sino que comenzaron por hacer una depuración de la base de datos 1998 – 1999, para evaluar las variables ponderadas del estudio socioeconómico que se aplicaba en el INER y que construyeron los Jefes de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud desde su experiencia práctica. Es decir, la investigación se está apoyando en la práctica.

Payne (1995), afirma que "una moderna teoría del trabajo social debe ser un reflejo de la moderna construcción social de la realidad elaborada por los clientes, por los trabajadores sociales y por sus respectivos entornos sociales, si esto no sucede así, entonces el fracaso hará acto de presencia" (Payne, 1995. pág. 44).

Para obtener un estudio socioeconómico válido y confiable, las investigadoras están "tomando en cuenta el entorno del paciente, con la finalidad de que el pago que éstos realizan sea lo más justo posible de acuerdo con sus posibilidades, es decir, que quienes viven en pobreza o pobreza extrema no paguen y quienes tienen mayor capacidad de pago colaboren al financiamiento de los que no tienen, ayudando al mismo tiempo a ejercer mejor el presupuesto del Instituto, de tal manera que todas las partes involucradas se vean beneficiadas" (Silva y Brain, no publicado 2002. s/p).

Haciendo este pequeño análisis de lo que plantea el autor y del proceso que ha seguido la investigación puede decirse que este tipo de trabajo puede llevar a obtener teoría como la concibe Malcolm Payne.

MARIO BUNGE

Este autor, desde su postura positivista presenta en su libro "La investigación científica" (1992), la manera de construir la teoría, que como se verá, no es nada sencillo, pero coincide con los anteriores autores en indicar que "la investigación científica arranca de preguntas y culmina con la construcción de sistemas de ideas muy compactos, que son las teorías," e indica además que "de nada sirve quedarse con la pura recolección de datos, es decir, con la experiencia en bruto," como él la llama, hay que llegar más lejos (Bunge, 1992. pág. 413).

Aplicando lo anterior a la investigación que aquí se analiza, de nada serviría por ejemplo que las investigadoras se conformaran con confirmar lo que ya sospechaban incluso antes de comenzar el trabajo, esto es, que el estudio socioeconómico que se aplica actualmente en el INER no es del todo confiable y no está cumpliendo plenamente con el objetivo para el que fue construido.

Ciertamente en trabajo social se realizan muchas investigaciones, pero sus resultados no se han trabajado de la manera que indica Bunge para obtener teorías que desde su punto de vista, son las únicas aceptables.

Incluso manifiesta Bunge (1992), que "en la investigación social, la teorización se considera frecuentemente un lujo, y la única recolección de datos se admite como una ocupación decente," en otras palabras, nos conformamos con la descripción de los hechos que se investigan y según el autor esa es la causa del atraso de las ciencias del hombre (Bunge, 1992 pág. 416).

Para Bunge (1992), "los objetivos básicos de la construcción de teorías científicas son: (i) *Sistematizar el conocimiento* estableciendo relaciones lógicas entre entidades antes inconexas; en particular, explicar las generalizaciones empíricas derivándolas de hipótesis de nivel superior. (ii) *Explicar los hechos* por medio de hipótesis que impliquen las proposiciones que expresan dichos hechos. (iii) *Incrementar el conocimiento* derivando nuevas proposiciones (por ejemplo, previsiones) de las premisas, en conjunción con información relevante. (iv) *Reforzar la contrastabilidad* de las hipótesis sometiénolas al control de las demás hipótesis del sistema. Si se cumple con estos cuatro objetivos, sólo entonces se está frente a una verdadera teoría" (Bunge, 1992. pág. 416).

Dice Bunge (1992), que "en los comienzos de un proceso de teorización, lo más que se puede conseguir son modelos sencillos, que si son científicos pueden mejorarse, complicarse para recoger mejor los datos y conseguir comprensión más profunda" (Bunge, 1992. pág. 419).

Para Bunge (1992), "la teoría debe contener:

- Fórmulas: en las que haya relaciones lógicas de tal modo que ninguna de ellas quede aislada.
- Unidad material: se refleja en la recurrencia importante de ciertos conceptos clave, que están distribuidos entre las fórmulas de la teoría, de tal modo que ningún concepto de la teoría quede aislado de los demás" (Bunge, 1992. pág. 425).
- "Unidad conceptual o consistencia semántica: la referencia a un solo conjunto de objetos. La consistencia semántica debe cumplir con las siguientes condiciones:
 - + Conjunto de referencia: averiguar si las relaciones deductivas entre algunas de las fórmulas de un conjunto son posibles.
 - + Homogeneidad semántica: que los predicados de la teoría concuerden en significación.
 - + Cierre semántico: que los predicados de la teoría sean todos y sólo los que se presentan en los supuestos iniciales y en las definiciones.
 - + Conexión conceptual: que los conceptos clave de la teoría o conceptos primitivos (o indefinidos) tienen que distribuirse entre los axiomas para que puedan ensamblarse" (Bunge, 1992. pág. 427-428).

"Dicho de otro modo, si se desea construir teorías ricas se tienen que elegir conceptos básicos que tengan muchas relaciones los unos con los otros, de tal modo que puedan presentarse en muchas fórmulas. Si se desea explicar la experiencia hay que levantarnos por encima de ella. Cuanto más cercano a la experiencia es un concepto, tanto menos apto es para entrar en los axiomas de una teoría" (Bunge, 1992. pág. 431-432).

Para Bunge (1992), "los requisitos formales que debe satisfacer una teoría perfecta son los que a continuación se presentan de manera resumida:

- Consistencia formal interna y externa: se dice que un conjunto de fórmulas es formalmente consistente si y sólo si no contiene contradicciones.
- La independencia de las primitivas: se dice que un conjunto de conceptos es independiente en una teoría dada si y sólo si esos conceptos no son interdefinibles, aunque algunos o todos sean definidos en otras teorías.
- La independencia de los axiomas: un sistema axiomático es independiente si y sólo si sus miembros no son intertraducibles, o sea, si ninguno de ellos es derivable de los demás" (Bunge, 1992. pág. 472-477).

"Estos tres elementos son todo lo que se puede esperar de una teoría por lo que hace a su forma. Cuando una teoría satisface esas condiciones y, además, contiene una enumeración explícita y completa de sus primitivas y de sus reglas (sintácticas y semánticas), se dice que está formalizada" (Bunge, 1992. pág. 478-479).

El autor dice que "la construcción de teorías no procede en el vacío, sino en una matriz preexistente. Cuando la matriz es pobre, los primeros esfuerzos de teorización pueden ser muy difíciles; tal es el caso de los campos caracterizados por una ciega acumulación de información, con su compañera inevitable, la confusión conceptual" (Bunge, 1992. pág. 486).

"En los primeros estudios de la construcción de teorías el científico no puede ocuparse mucho de condiciones lógicas, con la única excepción de (i) la consistencia semántica y (ii) la consistencia formal, reconocida de un modo natural o intuitivo. La teoría puede en algún momento someterse a una reconstrucción lógica, o formalización, o sea, puede reconstruirse de tal modo que sus presupuestos, primitivas, axiomas y reglas queden todos formulados tan plena y claramente como resulte posible en un momento dado. Este proceso de afinación de la teoría no llega a iniciarse siquiera la mayoría de las veces; la mayor parte de los científicos se interesan por el hallazgo de nuevas consecuencias (teoremas) o por su contrastación con datos, y atienden menos al deseo de una clara organización lógica" (Bunge, 1992. pág. 487-488).

"Una teoría es una creación original, no una disposición de elementos cuidadosamente anclados en la experiencia. El camino no va de los datos a la teoría, sino de los datos al problema, del problema a la hipótesis, y de la hipótesis a la teoría; y luego a la inversa, de la teoría y la evidencia a una proyección que podrá someterse a contrastación con la ayuda de otro elemento de evidencia y la de otras teorías" (Bunge, 1992. pág. 492).

"Las características que forman parte en la construcción de teorías son:

- *La matematización.* Las teorías más precisas, aunque no necesariamente las más verdaderas, serán las matemáticas, o, más exactamente, teorías sustantivas con elementos matemáticos. Una teoría matemática de la ciencia factual es una teoría cuyos supuestos iniciales se expresan matemáticamente -son fórmulas matemáticas, en lo que respecta a su forma-, de tal modo que sus consecuencias pueden derivarse por los procedimientos matemáticos de deducción (cálculo) que están en gran parte normados" (Bunge, 1992. pág. 504).
- *"La formalización.* La formalización completa de una teoría consiste en la formulación simbólica (no verbal) explícita y completa de los axiomas de la teoría, y en la formalización o mención más plena posible de los supuestos y las reglas de la teoría; estas últimas se formulan en el metalenguaje de la teoría, el cual no suele ser un lenguaje formalizado. Los fundamentos de una teoría factual formalizada constan de los siguientes niveles: los presupuestos, la lista de primitivas, los axiomas y las reglas de interpretación en lenguaje factual y/o empírico" (Bunge, 1992. pág. 519 y 521).
- *"Referencia y evidencia.* Una teoría factual *refiere* a algún sector de la realidad, y la adecuación de esta referencia (o sea, el grado de verdad de la

teoría) se *contrasta* por la experiencia junto con ciertos criterios no-empíricos, como la existencia externa. Una teoría factual tiene, pues, que considerarse referencial y evidencialmente" (Bunge, 1992. pág. 531).

- "*Profundidad*. Las teorías científicas de cualquier campo pueden ordenarse respecto de la profundidad, la cual depende de la profundidad de los *problemas* que intenta resolver: cuanto más profundos son los problemas que consigue resolver, tanto más profunda es la teoría. Las teorías más profundas son las más *específicas* y, por tanto, las más informativas" (Bunge, 1992. pág. 544-545).

Con toda esta información que se ha tratado de compactar para hacerla más concreta, se puede decir que una teoría de trabajo social tal como la plantea el autor, desde mi punto de vista y hasta donde tengo conocimiento, no se ha hecho.

Haciendo un análisis de la investigación en la que se participó, ésta bien puede ser un primer acercamiento a la construcción de una teoría como la plantea Bunge, aunque en este momento aún no lo sea.

Sin embargo, el hecho de aplicar la estadística para obtener modelos y a partir de dichos modelos, hacer uso de las matemáticas para elaborar fórmulas emanadas de una realidad, que permitirán conocer cuáles son los rangos máximos y mínimos que deben tener las variables a utilizarse para tener un estudio socioeconómico válido y confiable, es un gran paso, pues no se está utilizando únicamente la estadística a la que todos en algún momento hemos recurrido para obtener resultados de una investigación, ya sea manual o por medio de la computadora, sino que están alcanzando otros niveles de complejidad a los que no todos se permiten llegar.

En este orden de ideas, la última propuesta para la investigación sobre el estudio socioeconómico, es que cuando se tengan resultados de la siguiente etapa de la investigación, se intente seguir el camino que plantea Bunge para construir teorías científicas. Que ciertamente es difícil y exigente, pero si no se inicia en algún momento por no complicarse la vida, entonces cuándo o quien lo va a hacer.

A todos los investigadores de la ENTS – UNAM, queda abierta la propuesta para construir teorías científicas del trabajo social, no necesariamente siguiendo los pasos que plantea Mario Bunge, pues quizá haya muchos profesionales que no coincidan con su postura, pero con base en un autor que plantee exigencias en la construcción de la teoría y con el que si compartan sus pensamientos, ojalá acepten el reto de dar un paso más allá.

Pues como dice Bunge "la teorización debe empezar lo antes posible" (Bunge, 1992. pág. 418).

CONCLUSIONES

181-A

CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo ha aportado a la prestadora conocimientos invaluable de la profesión. El haber participado en dos investigaciones contribuyó notablemente en ese hecho.

Una de las principales funciones de los trabajadores sociales es la investigación y cuando ésta es interinstitucional, los resultados pueden ser más satisfactorios.

Tal es el caso de la investigación "Hacia la construcción de un estudio socioeconómico válido y confiable para ser aplicado en el INER", que están desarrollando conjuntamente la ENTS – UNAM y el INER, de la cual se desprenden las siguientes conclusiones.

El estudio socioeconómico es un instrumento utilizado por los trabajadores sociales prácticamente desde los inicios de la profesión.

Dado que fue elaborado desde la propia experiencia de los trabajadores sociales, a lo largo del tiempo le han hecho modificaciones con la finalidad de disminuir las fallas que le han encontrado, sin embargo, a pesar de los esfuerzos de tantos años, aún no se tiene la certeza de contar con un instrumento válido y confiable.

De ahí la necesidad de iniciar una investigación interinstitucional que permita finalmente tener un instrumento capaz de clasificar a los pacientes de la manera más justa posible para el pago de las cuotas de recuperación.

En cuanto al perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, a grandes rasgos es el siguiente: la población es de bajos recursos, cuyas viviendas son de concreto con una o dos habitaciones en total y ubicadas en una zona urbana. Sus ingresos están entre 1.5 y 3.0 salarios mínimos y por lo general éstos los distribuyen en alimentación, vivienda, y servicios.

Los datos obtenidos con la encuesta de factores de exposición indican que los pacientes y/o familiares han cambiado sus hábitos en sentido positivo a su salud aún antes de ser pacientes del Instituto.

En el proceso que llevó a obtener el perfil socioeconómico de una muestra de usuarios del INER, al trabajar con el estudio socioeconómico que aplican actualmente los trabajadores sociales del Instituto, se detectaron algunos problemas, principalmente al momento de trabajar con la variable "ocupación del principal proveedor económico", pues dada la situación económica que se presenta en México, hay tantas ocupaciones diferentes, como pacientes acuden al Instituto, de ahí la dificultad para clasificarlas en el lugar adecuado.

También se observó que a los jubilados y pensionados se les da un puntaje muy alto, siendo que las pensiones que les pagan a la gran mayoría son muy bajas. Otras observaciones en cuanto a la forma del actual estudio socioeconómico se

presentaron en el apartado de las propuestas. Situaciones que, desde mi punto de vista, deben ser tomados en consideración por las responsables de la investigación sobre el estudio socioeconómico.

En cuanto a la participación en la investigación "Una aproximación a la construcción de las teorías contemporáneas del trabajo social en la Ciudad de México", se concluye lo siguiente.

Aunque aparentemente se trata de temas distintos, mientras la investigación tenga que ver con el trabajo social, se podrá tener un punto de encuentro y podrá surgir algo más grande de lo que se podía esperar.

En este caso, al comparar lo que tres autores hablan a cerca de teoría y cómo se construye, con el procedimiento que han seguido en la investigación sobre el estudio socioeconómico, se pudo ver que las investigadoras están en posibilidades de obtener una teoría científica de trabajo social.

BIBLIOGRAFÍA

143A

BIBLIOGRAFÍA

- Anda Gutiérrez Cuauhtémoc. (1999). Entorno socioeconómico de México. Limusa. México.
- Ander-Egg Ezequiel. (1995). Técnicas de investigación social. Lumen. 24ª Edición. Buenos Aires.
- Bunge Mario. (1992). La investigación científica. Ariel. México.
- Briones Guillermo. (1998). Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. Trillas. México.
- Bruce M. Russett. et. al. (1968). Análisis comparado de indicadores sociales y políticos. Euroamérica. Madrid.
- Centro de Estudios Económicos y Demográficos. (1981). Dinámica de la Población de México. El Colegio de México. México.
- Consejo Nacional de Población. (1998). La situación demográfica de México. CONAPO. México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2000). 133ª Edición. Porrúa. México.
- Diccionario Enciclopédico Quillet (1987). Tomo XI. Cumbre. México.
- Fajardo Ortiz Guillermo. (1972). Teoría y práctica de la administración de la atención médica y de hospitales. La Prensa Médica Mexicana. México.
- García Ramírez Marisela. (1995). Perfil Social de la mujer maltratada en la Ciudad de México. Tesis. México.
- Grupo Financiero Banamex. Accival. (1996). México Social. Estadísticas Seleccionadas. México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1995). Perfil socioeconómico. INEGI. México.
- Kumate Jesús. Laguna José. Soberón Guillermo. (1988). La salud en México: testimonios 1988, Tomo II. Fondo de Cultura Económica. México.
- Lara Luis Fernando. (1996). Diccionario del Español Usual en México. El Colegio de México. México.

- Ley General de Salud. Tomo I. (2000). Porrúa. 16 edición. México.
- López C. Ma. Verónica, et. al. (1996). Un acercamiento al perfil social de la menor trabajadora en situación de riesgo a la prostitución en la zona de la Merced. Tesis. México.
- Moix Martínez Manuel. (1991). Introducción al trabajo social. Trivium. Madrid.
- Ocaña Ocaña Ma. de Jesús A. (1995). Una experiencia de la organización sociomédica y labores asistenciales en pacientes pediátricos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Tesis. ENTS UNAM. México.
- Poder Ejecutivo Federal. (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006. Presidencia de la República. México.
- Real Academia Española. (1992). Diccionario de la Lengua Española. Tomo II. Espasa Calpe. Madrid.
- Rojas Soriano Raúl. (1987). Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdés. México.
- San Martín Hernán. (1986). Manual de salud pública y medicina preventiva. Masson. Madrid.
- San Martín Hernán. Pastor Vicente. (1984). Salud comunitaria, teoría y práctica. Díaz de Santos. Madrid.
- Sánchez Rosado Manuel. (1999). Manual de Trabajo Social. Ed. Plaza y Valdés. México.
- Seco Manuel. et. al. (1999). Diccionario del Español Actual. Vol. II. Aguilar. España.
- Setién María Luisa. (1993). Indicadores sociales de calidad de vida: Un sistema de medición aplicado al país Vasco. Siglo XXI. Madrid.
- Silva Arciniega Ma. del Rosario. (s/a). Apuntes para la realización de un proyecto de investigación social. UNAM – ENTS. México.
- Silva Arciniega Ma. del Rosario. (2000). Programa anual de actividades Periodo 2000 – 2001. (No publicado).
- Silva Arciniega Ma. del Rosario. (2001). Informe anual de actividades presentado al PAPIIT. (No publicado).

- Silva Arciniega Ma. del Rosario. (2002). Informe anual de actividades presentado al PAPIIT. (No publicado).
- Tamayo Mario. (1990). Diccionario de la investigación científica. Limusa. México.
- Tello Peón Nella E. (2000). Modelos de intervención de Trabajo Social en el área de la salud. ENTS – UNAM. México.
- Valero Chávez Aida. (1994). El Trabajo Social en México. Desarrollo y perspectivas. UNAM – ENTS. México.

HEMEROGRAFÍA

- Asociación de Trabajadores Sociales Mexicanos, A.C. (1991). Revista Mexicana de Trabajo Social. Vol. 1. No. 3. México.
- Derbez del Pino Julio (Director). (2001). Revista Vértigo. Análisis y pensamiento de México. Año I, N° 11 Junio 2001. México.
- ENTS. (1974). Boletín informativo de la Escuela Nacional de Trabajo Social. Enero – Mayo. México.
- ENTS. (1987). Manual de Organización de la Escuela Nacional de Trabajo Social. ENTS – UNAM. México.
- Manual de procedimientos para la asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud (s/a), (s/p).
- www.trabajosocial.unam.mx
- www.iner.gob.mx
- www.jornada.unam.mx

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXOS

ANEXO 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y PARAMÉDICOS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO SOCIOECONOMICO INICIAL

DIA _____ MES _____ AÑO _____

Diagnóstico: _____

No. Exp. _____ ASMA () EPOC () TB () FQ () CANCER () TABAQUISMO () CLINICA SUEÑO ()

Ref interna: C/E: Apertura () Ingreso () URG () Especialidad: NEUMOLOGÍA () ORL ()

Datos de Identificación:

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo M () F ()

Nacionalidad Mexicana () Otra _____ Escolaridad: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Domicilio Permanente: Calle: _____ Colonia: _____

Delegación o Mpio: _____ Edo. _____ C. P. _____ Tel: _____

Lugar de Procedencia: D.F. y Extranjero (3) Edo. de México (2) R.R. (1)

Domicilio Provisional: Calle: _____ Colonia: _____

Delegación o Mpio: _____ Edo. _____ C. P. _____ Tel: _____

Domicilio de Trabajo: Calle: _____ Colonia: _____

Delegación o Mpio: _____ Edo. _____ C. P. _____ Tel: _____

Derecho-habiente de otra Institución:

IMSS () ISSSTE () PEMEX () Ninguno () Otro: _____

Nombre del Padre: _____ Vive: Si () No ()

Nombre de la Madre: _____ Vive: Si () No ()

Nombre del Cónyuge: _____ Vive: Si () No ()

Persona Responsable: _____ Parentesco: _____

Domicilio Calle _____ Colonia: _____ Delegación o Mpio: _____

Edo _____ C. P. _____ Tel: _____ Ocupación: _____

Domicilio de Trabajo: Calle: _____ Colonia: _____

Delegación o Mpio: _____ Edo. _____ C. P. _____ Tel: _____

Referencia: 1er Nivel () 2º Nivel () 3er Nivel () Informal () Subsecuente ()

Tipo de ocupación del Principal Proveedor económico: _____

149

Puntos _____

ANEXO 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

