

36
28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**"ANALISIS TEORICO METODOLOGICO DE
LOS MODELOS DE INTERVENCION SOCIAL
EN SALUD PERINATAL"**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :

ANABELL SANTIAGO MARTINEZ



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Pays

INTRODUCCIÓN

I. LA SALUD PERINATAL

- 1.1 Concepto de Salud Perinatal 3
- 1.2 La Atención de la Salud Perinatal 9
 - 1.2.1 Antecedentes de la Salud Perinatal en México 19
 - 1.2.2 Políticas Gubernamentales y Organismos que las Operacionalizan 22
 - 1.2.3 El Instituto Nacional de Perinatología 27

II. LA SISTEMATIZACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

- 2.1 Importancia de la Investigación Sociomédica 33
- 2.2 Importancia de la Sistematización para Trabajo Social . 45
- 2.3 "Modelos de Intervención" 50

III. LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN APLICADOS POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

- 3.1 Antecedentes Generales de los Proyectos 56
- 3.2 Antecedentes del Proyecto de VIH 61
- 3.3 Antecedentes del Proyecto de Abuso Sexual 63
- 3.4 Antecedentes del Proyecto de Esterilidad 65
- 3.5 Antecedentes del Proyecto de Adolescentes Emb. 67
- 3.6 Antecedentes del Proyecto de Diabéticas Emb. 69

IV.	ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD PERINATAL	1
4.1	Marco Histórico Social	71
4.2	Fundamentación Teórica	82
4.2.1	Proceso Salud Enfermedad	82
4.2.2	La Formación Social Mexicana en la Actualidad y su Relación con el Proceso Salud Enfermedad	84
4.3	Proceso Metodológico	90
4.4	Esquema Operativo	93
4.5	Función y Organización	108
4.6	Crítica al Modelo	110
4.7	Posibilidades de Aplicación en la Práctica Profesional con Nuevas Experiencias en el Ámbito de la Salud	112
4.8	Aportes al Trabajo Social	113
	CONCLUSIONES	114
	SUGERENCIAS	117
	ANEXOS	126
	BIBLIOGRAFIA	156

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Perinatología es una institución de tercer nivel encargada de atender embarazos de alto riesgo; a partir de 1990 se incrementó la demanda de los servicios que dicha institución presta, propiciando que las funciones de asistencia, enseñanza e investigación se desarrollaran en todos los ámbitos que intervienen para la atención integral.

Por su parte el Departamento de Trabajo Social, en el servicio de Consulta Externa, viendo las necesidades institucionales así como las profesionales formuló "Los Modelos de Intervención Social en Salud Perinatal" conforme a los diagnósticos médico sociales que se presentaron con mayor frecuencia y que constituían además de un riesgo elevado en el embarazo una problemática social severa. Por lo tanto se establecieron cinco clínicas encargadas de los siguientes problemas: Adolescentes embarazadas, Mujeres gestantes portadoras de VIH, Esterilidad, Abuso sexual y Embarazadas diabéticas.

Cabe señalar que su formulación y desarrollo en la institución se efectuó a la par de la práctica cotidiana de las trabajadoras sociales, ocasionando que sus alcances hayan sido muy limitados por la carencia de conocimientos teórico-metodológicos en su construcción.

Es por ello que se vió la necesidad de elaborar un análisis de los Modelos creados a partir del uso de la hermenéutica⁷⁸ para

⁷⁸ A la hermenéutica se le ha entendido como la sustentación de una ciencia o método universal y su finalidad es la interpretación y comprensión, dándole un enfoque crítico y objetivo al estudio de los textos en su generalidad. Autores como Schlegelmacher, Gadamer y Habermas llegaron a considerar que la hermenéutica tiene como objeto la comprensión de una realidad histórica y lingüística que acontece en ella los modos de conocimiento donde ocupa un papel importante la simbolización, su interpretación y comprensión; para ello se debe entender el sentido a través del cual los fenómenos son esclarecidos analíticamente e aplicados conforme a los valores de cada quien, que no siempre son igualadadable e que son personales. Por lo tanto el análisis consistirá en comprender las

destacar aquellos aspectos que puedan ser retomados en otras experiencias o bien para encontrar las carencias teórico metodológicas que pudieran existir en sus "Modelos de Intervención". Las técnicas que auxiliaron para el análisis fueron: la observación participante, la entrevista estructurada y no estructurada, al equipo de Trabajo Social, el análisis de documentos, la contrastación entre el proceso operativo y el proceso teórico-metodológico.

Los instrumentos fueron: los proyectos de las clínicas y el programa de consulta externa de Trabajo Social.

El presente documento presenta dicho análisis, por lo cual se proporciona un contexto general acerca de la Salud Perinatal, la importancia de la investigación sociomédica y la sistematización en Trabajo Social, esto con la finalidad de mostrar la diferencia entre un trabajo que cuenta con una investigación y una sistematización posterior y un trabajo limitado por carecer de dichas bases. También se presentan los antecedentes de cada proyecto y así más adelante efectuar el análisis cubriendo carencias y resaltando aciertos.

Por último se plantea una propuesta teórico-metodológica para sustentar estos "Modelos de Intervención Social en Salud Perinatal" del cual no se puede desconocer su valor en la práctica pero que tendrán un mayor impacto disciplinario en el Trabajo Social en el área de la salud perinatal.

elementos que conforman un todo, esto es comprender cada una de sus partes visto teóricamente. En las ciencias sociales para la comprensión se utiliza la teoría analítica y el proceso hermenéutico el cual se debe identificar desde dónde y para qué entender, así como prepararse para enfrentar fenómenos y realidades, hacer una meditación reflexiva acerca de las estructuras de comunicación y hacer comprensible la interpretación.

I. SALUD PERINATAL

1.1 CONCEPTO DE SALUD PERINATAL

Para el ubicar la materia en la que se encuentra fundamentada la implementación y análisis de los proyectos de atención social en salud perinatal, resulta imposible destacar la concepción de dicha área de estudio a partir de los terminos que constituyen la acepción de salud perinatal, en tanto que en la literatura existente es poco explícito el abordaje de este concepto, ya que éste viene a ser definido de diez a quince años a la fecha. Por lo tanto, se iniciará este trabajo analizando diversos conceptos de salud que den recursos suficientes para formar una opinión común.

En primer lugar se presenta la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado. " La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o afección"¹

Como se puede observar a la salud se le considera como una situación estática en la cual intervienen tres factores que deben tener un equilibrio permanente y hagan denotar un estado de completo bienestar, sin embargo, qué sucederá si alguna situación externa perturbara el equilibrio establecido afectando a un elemento ¿se perdería la salud?. No se puede saber ya que en primer lugar no hay los suficientes parámetros que puedan evaluar en forma rápida el estado de salud de los individuos y que determinen la existencia o ausencia de salud en ese momento

En segundo lugar no sólo se considera el aspecto biológico como determinante, ya que si a éste es difícil evaluarlo lo será más al intentarlo con los aspectos psicológico y social. Lo valioso de este concepto es la consideración por igual que se hace a los elementos físico, mental y social en la presencia o ausencia de la salud.

Milton Terris del New York Medical College considera que " la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y

¹ Sánchez Huerta, Manuel. Elementos de Salud Pública. México, ed. Por. Hondo Corvantes, 1982, p.3

de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez"² Aun cuando el autor introduce un breve complemento sólo encamina a la definición a denotar los aspectos meramente objetivos.

R. Dubos, ecologista francés, define la salud como "El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio"³ Esta es una definición ecologista diferente a las anteriores y en la cual no se da una oposición entre la salud y la enfermedad; fue considerada en este espacio porque proporciona otra visión y otra forma de entender a la salud

El profesor Cornillot, decano de la Facultad de Medicina de Bobigny opina que "la salud es una noción perfectamente subjetiva; no responde sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad"⁴

En este concepto se presenta una situación diferente a las anteriores la cual considera imposible dar una definición absoluta y evaluable por criterios objetivos.

Por su parte el doctor Hernán San Martín partiendo del análisis de las definiciones anteriores dice que "La salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo como la manifestación de un proceso morbido"⁵

Aun cuando existan diversas definiciones se ha llegado a la conclusión de que no es posible definir a la salud en términos

² Hernán. San Martín. Salud y Enfermedad. México, Prensa Médica Mexicana, 1972, p 12

³ *Ibid*

⁴ *Ibid*.. pp.13

⁵ *Ibid*.. pp.14

absolutos y sólo objetivos; tampoco pensar que ella es la ausencia de enfermedad por que la salud engloba aspectos subjetivos, objetivos y sociales. Por lo tanto se considera que la definición más idónea para este trabajo es la propuesta por el doctor Hernán San Martín y es, en la que se apoyará este trabajo para la comprensión de la salud perinatal.

Por otro lado es necesario que se tome en cuenta a la perinatología como una nueva rama de las ciencias de la salud que se ocupa de un amplio campo médico que comprende el proceso reproductivo centrado en el nacimiento, interesándose por el crecimiento y desarrollo humano así como por los factores que lo gobiernan y modifican; en ella se engloban conocimientos de gineco-obstetricia, neonatología, pediatría, y salud pública, también se relaciona con los aspectos clínicos del manejo de la mujer sana en edad de procreación, del embarazo, del trabajo de parto, de la expulsión de la progenie, del amamantamiento del nuevo ser, de su estímulo temprano y adecuado para un mejor desarrollo del sistema nervioso y de los procesos que conllevan a un mejor crecimiento y desarrollo del recién nacido⁶ además de adentrarse a la genética, embriología, fisiología, patología, farmacología, nutrición, psicología y sociodemografía entre otros⁷ Este concepto surge de la necesidad de defender al feto o neonato en el momento de máxima vulnerabilidad.⁸

Una vez planteado lo anterior se puede decir que la salud perinatal es una manifestación del proceso de adaptación física, biológica, psicológica y social de la muujer sana en edad de procreación, durante el embarazo, en el trabajo de parto, en la expulsión de la progenie, en el amamantamiento del nuevo ser, de su estímulo temprano y adecuado para un mejor desarrollo del sistema nervioso y de los procesos que conllevan a un mejor crecimiento y desarrollo del recién nacido.

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Cap. VI, Eduardo Jurado Baraza, El problema Perinatal en México, p. 320

⁷ *Ibid.*

⁸ Kershner K., Samuel, *Memorias del INPer. 1983-1988*, p. 3

El principal encargado de tratar y/o atender la salud perinatal es el equipo interdisciplinario donde debe converger la intervención del obstetra, perinatólogo, genetista, pediatra, enfermeras materno-infantiles, nutriólogos, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros.

En las últimas 2 décadas se ha tomado conciencia de la importancia del bienestar madre-hijo procurando que cada mujer sea evaluada antes de la concepción y así detectar los factores que puedan afectar la salud del binomio durante el periodo perinatal; sin embargo, esto raramente ocurre a menos que haya problemas de infertilidad, antecedentes de padecimientos obstétricos etc. Así pues se hace la primera visita al médico y la primera evaluación, durante la cual se coloca al embarazo en la categoría de alto riesgo, o bien en la de bajo riesgo, sin embargo, conforme avanza el embarazo otros pasaran de la categoría baja a la alta.

Las siguientes razones pueden ser causa para colocar a una paciente en la categoría de alto riesgo.

Causas

Maternas

Enf. cardíaca
Hipertensión crónica
Enf. renal
Preeclampsia
Diabetes mellitus
Trastornos hematológicos
Historia de trabajo de parto pretérmino
Historia de retraso de crecimiento intrauterino
Historia de muerte perinatal
Trastornos gastrointestinales
Enfermedad maligna

Primigravida de 35 años o menor de 18 años

Fetales

Aborto habitual
Polihidramnios
Macrosomía
Abrupto placentae
Placenta previa
Eritroblastosis fetal
Infección viral

Infección bacteriana

Estriol anormal, lactógeno
Prueba sin stress anormal
Prueba de desafío a la oxitocina anormal
Gestación múltiple
Retraso de crecimiento

Sangrado en el 2° o 3° trim.	intrauterino
Afecciones tiroideas	Ruptura de membranas pretermino
Enfermedades del colágeno	Presentación anormal
Cervix incompleto	Amnionitis
Cirugía uterina	Ritmo cardíaco anormal
Gran multiparidad	Meconio en el líquido amniótico
Abuso de fármacos	Anomalia fetal
Mal nutrición	Enfermedad Pulmonar

De igual forma las condiciones sanitarias, económicas y culturales tienen una estrecha relación con la salud del binomio, ya sea para conservarla o bien para perderla.

Por todo ello se ha pretendido dar respuesta adecuada a tales situaciones, creando programas de atención y fomento a la salud materno infantil, pues en la medida en que se lleve a cabo se podrá intervenir en la morbi-mortalidad materno infantil que dentro de nuestro país ha cobrado una elevada cuota sobre la población que se encuentra en el momento de máxima vulnerabilidad, y quienes representan el futuro de México.



1.2 LA ATENCIÓN DE LA SALUD PERINATAL EN MEXICO

En Mexico la atención médica se estructura en tres niveles, que parten del más sencillo y llega al más complejo. El 1er nivel abarca únicamente la prevención; el 2. previene y cura y en el 3er nivel la atención es más especializada.

Esta estructura prevalece dentro de todas las instituciones que integran al sector salud y se distribuyen de la siguiente manera:

I. MEDICINA ESTATAL O PARAESTATAL

A) INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.- Para obtener los beneficios de este servicio se establece un contrato entre el trabajador y su patrón. La población que atiende es el asalariado y su familia, siempre y cuando esté registrada. Algunas instituciones que integran este apartado son Petroleos Mexicanos (PEMEX) Ferrocarriles Nacionales de Mexico, Secretaria de Marina, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) etc

Para tener una visión más clara de la atención perinatal en las instituciones de seguridad social hay que observar como se da la atención materno infantil en el IMSS e ISSSTE ya que son las instituciones que cuentan con un mayor número de población derechohabiente.

A.1 -INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)-

Los grupos más numerosos de la población derechohabiente han orientado hacia una nueva planeación de las acciones del IMSS reordenando y sistematizando las actividades que se realizan tanto en la atención del embarazo, parto y puerperio, como en los cuidados necesarios durante el crecimiento y desarrollo de los niños. Aproximadamente 32.85% de las acciones médicas se dirigen a la atención materno infantil.

El programa de atención materno infantil quedó implantado oficialmente como programa prioritario a partir de 1984, en todas

las Delegaciones del Instituto. En él se planean acciones preventivas durante la vigilancia prenatal y del niño sano, así como de los padecimientos que en mayor medida afectan a estos grupos.

Dentro de este programa, al binomio madre-hijo se le trata de una manera integral, aún considerándolos en forma individual como miembros del núcleo familiar y como componentes de una comunidad.

Al considerar qué riesgos reproductivos conducen casi necesariamente a riesgos obstétricos y considerando también el propósito de contar con una población joven en mejores condiciones de nutrición y con menos posibilidades de presentar enfermedades crónicas genéticamente determinadas, para las cuales la alimentación durante los primeros años de vida es cauce fundamental, se investigaron e identificaron dichos factores de riesgo reproductivo y los de riesgo perinatal, y esto condujo a establecer criterios para la atención médica basados en el concepto de riesgo. Simultáneamente se crearon normas para la atención obstétrica en los padecimientos relevantes por su frecuencia y normas para la atención pediátrica perinatal.

Con el fin de reordenar el quehacer médico y mejorar la vigilancia obstétrica, se incorporó la modalidad de clasificar a las mujeres embarazadas en dos grupos: las de alto riesgo, para que fueran atendidas de manera constante por el médico familiar, auxiliadas en el control del seguimiento de su embarazo por una trabajadora social y orientadas en los aspectos de nutrición por una dietista; y las de bajo riesgo, cuya evolución es seguida por una enfermera materno infantil y por la dietista.

Partiendo del conocimiento de los factores de riesgo obstétrico, se identificaron todas aquellas situaciones correlacionadas con la disminución del crecimiento y desarrollo normal del niño, así como la mortalidad infantil para la atención del niño sano.

También se incorporó a la tarea médica cotidiana la tríada atención-investigación-docencia. Complementariamente, se establecieron procedimientos para analizar las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil y para medir la productividad

relacionada con el programa. De hecho, en la práctica se conjugan acciones preventivas, educativas y de fomento a la salud en un marco normativo conformado por las áreas de medicina preventiva, enseñanza e investigación, planificación familiar, servicios de hospitales y desde luego medicina familiar.

Los resultados de esta integración programática han empezado a apreciarse, ya que se ha incrementado la cobertura de embarazadas en control prenatal y el número de consultas por embarazo, y ya se inicia un descenso en la mortalidad perinatal e infantil ¹⁰

A.2 -INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)-

La institución para cumplir con el objetivo de lograr detener el deterioro en la calidad de la atención, así como ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios médicos de protección a la salud ha adoptado un modelo de atención a la salud regionalizado y estructurado por niveles, que fortalecen la atención primaria y la medicina preventiva, a través de acciones médicas de medicina familiar.

Por medio de la regionalización de la atención médica y de su estructuración por niveles, el modelo realiza un acercamiento entre la prestación del servicio y el usuario, incrementa la capacidad resolutoria de las unidades, asigna recursos sobre bases objetivas y racionaliza su uso, por tanto amplía la cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención.

Niveles de Atención:

a) El primer nivel de atención se constituye en la vía de entrada al sistema institucional en tanto que comprende acciones prioritarias para la promoción, prevención y protección de la salud, así como la resolución de problemas médicos no complicados. Es importante señalar que en este nivel de atención se cuenta con la participación directa del individuo, la familia y la comunidad.

¹⁰ Programa Institucional INSS. México, 1988

bajo la orientación y coordinación de un médico general familiar. El ISSSTE en este nivel de atención cuenta con unidades clínicas de medicina familiar, las cuales llevan a cabo principalmente, acciones preventivas tales como: autocuidado, promoción de condiciones que mejoran el nivel de salud individual y comunitario, a través de medidas educativas y sanitarias, prevención de enfermedades crónicas degenerativas a través del diagnóstico oportuno y de vacunación. Se cuenta con los servicios de medicina familiar, medicina preventiva, odontología, radiología, laboratorio, enseñanza, investigación en servicios de salud y educación para la salud.

b) El segundo nivel de atención comprende el conjunto de recursos técnicos necesarios para resolver los problemas de salud específicos de mediana complejidad en su diagnóstico y manejo de resolución. En este nivel se proporciona atención ambulatoria y de hospitalización, resolviendo la mayor parte de los padecimientos de los pacientes que necesitan de estos recursos. El tiempo de traslado del derechohabiente a estas unidades no debe de exceder de dos horas.

Las unidades que integran el segundo nivel de atención en el ISSSTE son la Clínica y el Hospital, cuenta además con las especialidades de medicina general familiar, medicina preventiva, ginecología, pediatría, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía general y medicina interna. A todo lo anterior se agregan los servicios de apoyo en anestesiología, anatomía patológica, radiología y laboratorio de análisis clínicos. El hospital general cuenta entre 13 y 16 especialidades: ginecología, obstetricia, pediatría, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía general, medicina interna, oncología médica, gastroenterología, psiquiatría, cardiología, dermatología, urología, proctología, endocrinología y neumología.

c) El tercer nivel de atención es aquel en que se resuelven los padecimientos de poca frecuencia, con dificultad en su diagnóstico y/o tratamiento que requiera de servicios especializados y tecnología compleja; este nivel capta a los pacientes que son remitidos por el segundo nivel.

La unidad médica que integra el tercer nivel de atención corresponde al hospital regional, y comprende de 22 a 26 especialidades que incluyen funciones de enseñanza y tratamiento en las especialidades de: ginecología, pediatría, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía general, medicina interna, oncología, gastroenterología, psiquiatría, cardiología, dermatología, urología, proctología, endocrinología, neumología, cirugía reconstructiva, reumatología, alergia, angiología, cirugía pediátrica, neurología, cirugía maxilofacial, neurocirugía, nefrología y hematología.

En torno a estos tres niveles de atención se han organizado los servicios médicos del ISSSTE y, se han vertido sus esfuerzos de racionalidad en el uso de los recursos; se han aplicado programas de actualización y capacitación del personal médico, paramédico y administrativo ¹¹

B) INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL.- Para tener derecho a los servicios es necesario pagar una cuota de recuperación, que se determina a través de un estudio socio-económico de las personas que solicitan el servicio.

B.1 -SECRETARIA DE SALUD (S.S)-

La población amparada son todas aquellas personas que no tienen acceso a la seguridad social ni los recursos suficientes para acudir a un médico particular.

a) Las unidades de Primer Nivel de atención, en cuales quiera de los ámbitos, basarán su operación en la formulación de un diagnóstico local, a partir del cual se establecerá un programa

¹¹ Programa Institucional ISSSTE 1982-1988

anual de trabajo que responderá a la problemática y necesidades locales, incluyendo por lo menos los siguientes programas prioritarios:

- a) Atención materno infantil
- b) Atención médica
- c) Prevención y control de enfermedades
- d) Educación para la salud
- e) Accidentes
- f) Nutrición
- g) Saneamiento básico
- h) Planificación familiar.

La operación de las unidades de Primer Nivel exige implantación de mecanismos de supervisión y capacitación continua que garanticen la adecuada conducción del programa y actividades. Para ello se requiere de dos equipos multidisciplinarios los cuales estarán integrados por un médico supervisor y un promotor de salud y un técnico encargado del mantenimiento de las unidades.

La red de unidades de salud que se encuentran en el primer nivel se conforman de los siguientes tipos de unidades de salud, ordenados en grado creciente de complejidad en función de los servicios que otorgan y los recursos con que cuentan:

- Casa de salud
- Unidad auxiliar de salud
- Centro de salud rural (para población dispersa)
- Centro de salud rural (para población concentrada)

b) En el Segundo Nivel las unidades médicas hospitalarias se encuentran ubicadas en localidades rurales concentradas y en localidades urbanas.

Su atención la dirige a casos no resueltos en el primer nivel. Su función es la prevención y curación especializada así como la rehabilitación.

Funciones de Segundo Nivel:

- Proporcionará atención médica curativa
- Efectuará atenciones de promoción y educación para la salud
- Realizará métodos de rehabilitación física, mental y social.

- Colaborará en la formación, capacitación y desarrollo de personal médico, técnico, administrativo y otros.
- Llevará a cabo investigaciones de orden médico, socio-económico.

En los servicios de atención médica se encuentran entre otros los siguientes:

Servicio de Ginec Obstetricia. Cuyas funciones son las siguientes:

- Prevenir los padecimientos de la especialidad del servicio.
- Coordinar las actividades médico-quirúrgicas con los demás servicios que se encuentran en el hospital.
- Coordinar con el personal de enfermería la atención y cuidados requeridos por pacientes.
- Colaborar con los otros servicios en la rehabilitación de las pacientes en sus aspectos bio-psico-social.

Servicio de Pediatría.

- Prevenir los padecimientos de la especialidad.
- Coordinar los servicios pediátricos con otras especialidades del hospital.
- Coordinar con las actividades del servicio de ginec obstetricia.
- Supervisar el banco de leche y dietología.

c) El Tercer Nivel de atención médica será responsable de las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud atendiendo daños poco frecuentes y de alta complejidad; los servicios que otorga serán proporcionados a pacientes derivadas del primero y segundo nivel o las que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas. Este nivel deberá de contar con un conjunto de recursos humanos y tecnológicos de alta complejidad, organizados para atender y resolver los problemas médico-quirúrgicas que se presentan así como también una atención hospitalaria y ambulatoria.

La atención médica comprenderá las cuatro especialidades básicas:

- Cirugía general
- Ginec obstetricia
- Medicina interna
- Pediatría

La división de ginecología-obstetricia, tiene a su cargo la atención de casos que por complejidad requieren del personal médico altamente calificado y recursos materiales de alta tecnología. Las funciones de esta división serán:

1. Organizar y coordinar las actividades médico-quirúrgicas de la división, con las diferentes áreas y servicios del hospital.
2. Coordinar con el personal de enfermería adscrito a la división, la atención y cuidados requeridos por las pacientes de las diferentes áreas de trabajo.
3. Vigilar que se observen los promedios de estancia establecidos para los diferentes casos obstétricos atendidos en el hospital.
4. Establecer programas de revisión y evaluación de los procedimientos clínico-quirúrgicos de los médicos de la división.
5. Programar las visitas médicas a las pacientes en el área de hospitalización.
6. Impartir y coordinar la enseñanza teórico-práctica del personal médico y paramédico adscrito a esta división.
7. Establecer un sistema de información, que permita a las autoridades del hospital, conocer el desarrollo de las actividades en esta división.
8. Colaborar con los servicios correspondientes, en la rehabilitación de las pacientes de ginecología-obstetricia.

Servicio de Pediatría.- Este cuenta con 5 servicios y cada uno de ellos realizará las mismas funciones que les corresponden y son:

1. Neonatología
2. Lactancia
3. Pre-escolar
4. Escolares
5. Adolescentes

C) INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS.- El avance de las ciencias biomédicas, la transformación de la medicina que hoy vivimos, con la incorporación de nuevas tecnologías y el conocimiento de la patología prevalente en nuestro país hicieron necesario que el Sistema Nacional de Salud, contara con el apoyo científico y técnico del más alto nivel que consolidara la investigación básica

y la clínica, la enseñanza y la atención médica de excelencia.

Estas consideraciones llevaron a la consolidación de los Institutos Nacionales de Salud como un sub-sector del sector salud, en el cual se agrupan instituciones para la prestación de servicios asistenciales del más alto nivel a la población no derechohabiente en las otras instituciones de salud del país para el desarrollo de la investigación biomédica, clínica, socioeconómica y de desarrollo tecnológico así como para la formación de recursos humanos para la salud.

Las instituciones constituyen el tercer nivel de atención de la Secretaria de Salud y son uno de los ámbitos de excelencia para el desarrollo de la medicina. El subsector está integrado, a partir de 1983 por instituciones descentralizadas, siendo una de ellas el INPer, que cuentan con personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por decreto o por ley. Dicho subsector se ha visto incrementado en 1987 con la creación de un nuevo instituto, el de Salud Pública, que tiene las características de excelencia en el área de su competencia, en los últimos 5 años se han establecido bases firmes para el cumplimiento de las funciones sustantivas y la proyección y realización de cada uno de los 10 institutos que conforman el subsector.

El contrato se hace entre el solicitante y la institución a través de las cuotas de recuperación que son las que determinan el precio mediante un estudio socio-económico realizado por trabajadores sociales. Estos servicios los utilizan todos aquellos que los solicitan, no tengan seguridad social y/o recursos para la atención privada.

II. MEDICINA PRIVADA

Los servicios privados son proporcionados en forma institucional y en forma no institucional; la primera tiende a ser más organizada, más cara y probablemente de mejor calidad; la forma no institucional surge de grupos de prácticas organizadas en pequeñas unidades de maternidad.

Los servicios privados de atención perinatal están dirigidos a las clases económicas alta, media y baja.

III. MEDICINA TRADICIONAL O POPULAR

Este sector está a cargo de brujas, curanderas, parteras y quiroprácticas. El universo que atienden es toda persona que lo solicite, consistiendo en el conjunto de consejos, hierbas y actitudes naturales que se transmiten de generación en generación.

Para concluir este apartado se puede decir finalmente que en la atención y perinatal, dos son los objetivos generales de los servicios de salud, uno resultado del otro: mejorar la calidad de asistencia y disminuir las tasas de mortalidad, sin embargo, a estos dos objetivos se interponen 6 problemas fundamentales: 1) costo de operación; 2) cobertura; 3) capacitación del personal de salud; 4) instrumentación adecuada; 5) educación médica del usuario y; 6) patología médico-quirúrgica asociada al embarazo.

Muchos esfuerzos se han hecho para superar el problema de salud pública derivada de la reproducción humana en un país que, como en México tiene una pirámide poblacional de base ancha con tasa de fertilidad elevada y, en conjunto, originen aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año. Una vez que el problema ha sido analizado y encontrado su causal, surgió como alternativa a solución una estructura regionalizada de los centros de atención con recursos definidos y objetivos claros.

Esta estrategia asistencial alternativa requiere, principalmente, fundamentar un criterio que permita de manera fácil y confiable la selección de pacientes para su control en los tres niveles en donde, a través de un sistema de referencia y contrareferencia se atiendan a las mujeres portadoras de bajo, mediano y alto riesgo.

1.2.1 ANTECEDENTES DE LA SALUD PERINATAL EN MEXICO

Desde las más antiguas civilizaciones que dieron origen al México actual, contando entre ellas a las que habitaron el Valle de Axtlán; los Aztecas y los Mayas, existían mujeres que se dedicaban a los cuidados de la embarazada y asistencia del parto las cuales recibían el nombre de Ticitl¹¹.

En 1521 con la toma de Tenochtitlán y el cambio en la organización, la Ticitl es cambiada, para la asistencia de la embarazada, y substituída por las mulatas y negras.

En 1533 el gobierno español funda la Real y Pontificia Universidad de México.

En 1582 el doctor Pedro López funda el Hospital de la Mujer y, en el mismo año, se inicia la Cátedra de Medicina.

En 1833, Valentín Gómez Farias, conjuntamente con los doctores Pedro De Villar y Ricardo Vertiz entre otros, crean la Cátedra de Obstetricia.

De 1910 se encuentran algunos reportes que hacen mención a la mortalidad materna, siendo la causa principal la infección.

En 1921, el doctor Isidro Espinoza de los Reyes propone la formación de clínicas de pre y post natalidad y es en el mismo año, durante el periodo presidencial del General Alvaro Obregón, cuando se edifica con carácter de beneficencia privada la maternidad "Casa del Periodista" ocho años después, el 4 de mayo de 1929, durante el ejercicio de Pascual Ortiz Rubio, cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937 Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública que absorbe todos los establecimientos con funciones en la materia.

El 30 de abril de 1943, siendo Presidente de la República el Licenciado Manuel Ávila Camacho, inicia su actividad el Hospital Infantil de México; su fundación vino acompañada de un proyecto de Ley de Protección a la Infancia denominado Código Portes Gil.

En 1944 se promulga la Ley del Seguro Social.

En 1962 la Maternidad número 1 se transforma en Hospital de Gineco-obstetricia.

Durante la gestión de Luis Echeverría Alvarez, en 1976 se expropia el predio ocupado por la hasta entonces conocida maternidad "Isidro Espinoza de los Reyes" dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para formar parte de la Institución Mexicana de Asistencia a la Níñez. Por considerar que esta institución y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia compartían objetivos y programas comunes se fusionan y por decreto presidencial el 10 de enero de 1977 se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Durante la administración del Señor Presidente Miguel De la Madrid H. se expidió un decreto con fecha 20/12/82 en donde se modifica y consolida la estructura orgánica funcional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia incorporándole los servicios de asistencia social y rehabilitación, así mismo dispone que se desliguen del Sistema los Institutos Nacionales de Pediatría y Perinatología, con fecha 19 de abril de 1983 ¹³

En el ámbito mundial puede decirse que el desarrollo de la salud perinatal en México se dió en forma paralela con el desarrollo a nivel mundial ya que a principios de siglo no existía atención médica perinatal a pesar de los esfuerzos señalados con anterioridad los hospitales no contaban con servicio de maternidad como tal, por lo que la morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal era frecuente ¹⁴ Sin embargo, en Europa, Estados Unidos y Canadá este servicio existía aunque carente de organización y estructura.

La mayor parte de los casos eran atendidos por un médico y una enfermera que prestaban el servicio a domicilio. En el área urbana existían maternidades que funcionaban como hospitales escuelas, pero la situación era la misma, ya que la gente no acudía a estos lugares incrementando con ello la incidencia de mortalidad perinatal.

¹³ Memorias del INPer. 1980, p.4

¹⁴ Robodilla, Enrique. Quality of perinatologic. INAP.1980

Posteriormente se crean las clínicas prenatales y se acepta que este cuidado dado por el médico especialista comenzará desde el principio del embarazo, dando atención intra-hospitalaria del parto con permanencia en el binomio por 10 días.

El alto porcentaje de mortalidad perinatal hizo que se realizaran los primeros estudios en esta área, buscando factores y causas que ocasionaban la alta incidencia de mortalidad.

Esto motivó la organización más especializada en el área perinatal, donde contribuyeron tanto el gineco-obstetra como el pediatra; se montaron salas de terapia intensiva, siendo observadas mayores perspectivas de vida sobre todo para los recién nacidos prematuros, y disminuyeron las lesiones incapacitantes en los neonatos de alto riesgo ¹⁹

Desde 1964 se han realizado estudios donde se analizaban las tasas de mortalidad; de éstos se ha observado que diversos factores materno-sociales, psicológicos, educacionales, biológicos y ambientales, han contribuido en la alta incidencia de mortalidad y ha resultado además, que en los países en desarrollo, la alta incidencia se dobla o triplica más que en los países desarrollados. Como respuesta no solo se trata de lograr la sobrevida del producto, sino también la prevención de secuelas en el infante desde la confirmación genética, desarrollo intrauterino, ante, trans y post parto ²⁰

¹⁹ Graves n/a Pararoff AA.

²⁰ Ibid.

1.2.2 POLÍTICAS GUBERNAMENTALES Y ORGANISMOS QUE LAS OPERACIONALIZAN

A. POLÍTICAS GUBERNAMENTALES PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

En el año de 1982, el entonces candidato a presidente Miguel De la Madrid realizó una propuesta de reforma constitucional al art. 4º de la Carta Magna, la propuesta fue enviada al seno del poder revisor de la Constitución el 3 de enero de 1983, apareciendo publicada en el diario oficial la adición aprobada que se haría a dicho artículo y que contiene los siguientes aspectos:

- a) El derecho de toda persona a la protección de su salud;
- b) La necesidad de definir en la Ley reglamentaria las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; y
- c) La concurrencia entre la federación y los estados en materia de salubridad general¹⁷

Para aumentar la nueva garantía al derecho de la salud, el 1 de junio de 1984 fue expedida la Ley General de la Salud, y junto con ella sus objetivos que son los siguientes:

- 1) Definir el contenido y finalidades del derecho a la protección de la salud;
- 2) Establecer las bases jurídicas para el efectivo ejercicio del derecho a la protección de la salud;
- 3) Definir la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado;
- 4) Establecer las bases para la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;
- 5) Reglamentar la prestación de los servicios de salud;
- 6) Fortalecer las acciones complementarias (recursos humanos, investigación e información);
- 7) Actualizar y complementar la normatividad de las materias de salubridad general;
- 8) Clarificar la distribución de competencias en materia de salud¹⁸

¹⁷ Sutilerío Severón, La protección de la salud en México, Ed. Porrúa, p. 238

¹⁸ Ídem, 23º

La Ley General de Salud cuenta con 3 estrategias: sectorización, descentralización y modernización, que al actuar las tres en su conjunto forman el Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Salud es la ley reglamentaria de la acción constitucional, emite las normas y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, que es el instrumento, y el Programa Nacional de Salud es el instructivo.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra formado por dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, de personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acción que se establecen entre ellos ¹⁹.

Para garantizar el eficaz funcionamiento del SNS, la Ley General de Salud confiere al Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Salud la atribución de coordinar políticas programas y acciones que en la materia se realicen. Por lo que, dicha dependencia se encargará de las instituciones que atienden a población abierta, como las de seguridad social, para que integren al sector y amplíen la cobertura de los servicios a toda la población, así como la calidad de los mismos ²⁰.

En 1989, el ahora Presidente Carlos Salinas de Gortari, emitió dentro del PND las siguientes políticas: "asignar prioridades en la atención a las necesidades básicas de la población de acuerdo con el carácter de urgencia de las demandas detectadas en la consulta popular, entre ellas la salud" ²¹.

En materia de salud el objetivo más amplio persigue impulsar protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, en el concurso de las comunidades y de los 3

¹⁹ Idem. 334

²⁰ Idem. 338

²¹ Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, México, p.100

niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios²²

Las estrategias generales son mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud²³

Una vez establecidas las políticas de salud en el PND 1989-1994, se desprende en 1990 un documento que, como ya se dijo, será el instructivo de la encomienda constitucional de la garantía social. Tal documento es el Programa Nacional de Salud 1990 - 1994.

La construcción del programa se desprende del interés plasmado en el PND por la elevación del nivel de vida de la población. Es por ello que el objetivo general del Plan Nacional de Salud es el siguiente: "Impulsar la protección a todos los mexicanos brindando servicios y prestaciones oportunas eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y los tres niveles de gobierno como medio eficaz para conseguir los recursos necesarios"²⁴

Para la consecución de tal objetivo se plantearon diversas políticas que se mencionaran brevemente; sin embargo, no habiendo olvidado el tema central del trabajo, se enunciara en forma completa la política y el programa que hacen especial referencia a la atención materno infantil.

²² Idem, p. 103

²³ Idem p. 103

²⁴ Programa Nacional de Salud 1990-1994p.22

B. POLÍTICAS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

- Fomento de la cultura de la salud;
- Prevención y control de enfermedades y accidentes;
- Contribución a la regulación de crecimiento demográfico;
- Impluso a la asistencia social;
- Acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad: las acciones tenderán a alcanzar la protección de la salud en todos los habitantes del país, por medio del otorgamiento de servicios y prestaciones, oportunas, equitativas y humanitarias en los tres órdenes de gobierno, concediendo prioridad a las zonas marginadas de la población MATERNO INFANTIL e implantando el modelo de atención primaria de la salud.

C. PROGRAMA DE ACCIÓN PARA LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

El programa se orienta a proteger la salud tanto de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, como del niño desde su etapa intrauterina hasta los cinco años.

Las acciones son de naturaleza eminentemente preventivas, ya que consisten en la vigilancia del proceso normal de la gestación y del parto, así como de la nutrición, crecimiento y desarrollo del infante, y de manera primordial, en la detección y atención oportuna de mujeres embarazadas y niños que tienen riesgo elevado de perder la salud física o mental.

Objetivos:

- Lograr mejores niveles de salud materno infantil;
- Prevenir que los riesgos se conviertan en daños y brindar atención oportuna e integral de calidad y trato digno, durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- Obtener el crecimiento y desarrollo sano de los niños durante la etapa de gestación y en el curso de los primeros cinco años de su vida.

Líneas Estratégicas:

- Considerar que la atención primaria constituye la base esencial del cuidado de la madre y del niño;
- Instalar comités de mortalidad materna e infantil en los hospitales del SNS;
- Lograr la participación de las partes empíricas y de los curanderos y promover su preparación técnica;
- Diseñar y aplicar modelos de atención simplificada en las comunidades rurales, para los casos de embarazo y parto de riesgo bajo;
- Incrementar el alojamiento conjunto, madre e hijo, en las unidades hospitalarias;
- Difundir y aplicar las acciones tendientes a la prevención, detección y tratamiento oportuno de los defectos al nacimiento;
- Capacitar en la atención materno infantil al personal de primer nivel de atención;
- Fomentar e impulsar la investigación científica en materia de nutrición, crecimiento y desarrollo;
- Buscar la colaboración de los sectores público, social y privado para el programa de atención materno infantil.²⁸

El espacio dedicado a la salud en los programas de gobierno es amplio, en comparación a los resultados de éstos, sin embargo, para proporcionar una atención eficaz sólo es necesario menor cantidad de palabras y mayor calidad en los hechos.

²⁸ 166n. p. 39

1.2.3 EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA (INPer)

Dentro de los limitados recursos destinados al sector salud se han brindado ciertas prioridades a la atención materno infantil, debido a la importancia que este apartado tiene para el desarrollo de la población mexicana. Una muestra de ello es la creación del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) que, por decreto presidencial, el 19 de abril de 1983 surge como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Desde su fundación se establecieron los siguientes objetivos:

I. Propiciar atención médica a mujeres con embarazo de alto riesgo, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.

II. Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología.

III. Impartir docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la perinatología.

IV. Difundir conocimientos en el área de perinatología.

V. Actuar como órgano de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia de perinatología.

VI. Prestar asesoramiento a la Secretaría de Salud cuando ésta lo solicite en las disciplinas del Instituto.

VII. Apoyar los programas de salud pública.

El INPer como institución de tercer nivel cuenta con 3 ámbitos de acción: Asistencia médica, Investigación y Enseñanza, dentro de los cuales se desarrollan funciones que hacen cumplir con los objetivos establecidos.

En el ámbito de la Asistencia Médica el Instituto proporciona atención especializada a mujeres que cursan con embarazos de riesgo elevado, entendiéndose a éste como "aquellos factores que ponen en riesgo la salud del binomio madre-hijo" ²⁶ El servicio cubre los

²⁶ Memoria del INPer, 1983-1988, INPer, p. 12

aspectos biológico, psicológico y social por considerarlos importantes en la evolución de la gestación.

El Instituto cuenta con una planta física compuesta de la siguiente manera:

Consulta Externa.- Esta área cuenta con los espacios necesarios para impartir estas especialidades:

Ginecología	Endocrinología	Anestesiología
Obstetricia	Cardiología	Infectología
Neonatología	Genética	Fisiol. de la Reproducción
Seg. pediátrico	Med. Interna	Hematología
Oncología ginecológica		Endocrinología R.
Planificación Familiar		Clínica de tabaquismo

En consultorios específicos se encuentran:

Comunicación Humana	Audiología
Estomatología	Fisioterapia
Psicología	Trabajo Social
Banco de Sangre	Radiología
Histopatología	Cardiotocografía
Genética	Oftalmología
Antropometría Física	Laboratorio Central
Ultraecosonografía	Inmunoinfectología

Urgencias.- Este servicio es proporcionado tanto para adultos como para recién nacidos disponiendo de 4 cubículos.

Hospitalización.- El área abarca un total de 3 pisos donde se brindan los siguientes servicios conforme al grupo perteneciente del paciente.

(Área Adultos)

La unidad tocoquirúrgica
La sala de recuperación
La unidad de terapia intensiva
Quirófanos
Salas de expulsión

(Área Neonatal)

Quirófano

Cuidados intensivos

Cuidados intermedios

Cunas de transición y disponibilidad

Alojamiento conjunto

El Instituto cuenta con una serie de criterios selectivos que le permiten en primer lugar formar un perfil de sus pacientes y hacer una selección de todas las mujeres que llegan al Instituto solicitando el servicio. Dicho criterio abarca tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y socioeconómicos, dando especial preferencia a aquellas mujeres cuyo estado de salud cubra los elementos considerados de riesgo elevado, entendiéndose a éste como " La probabilidad grave o muy importante de sufrir daño, lesión o muerte como consecuencia del proceso"²⁷

Enseñanza.- Este apartado se encuentra a cargo de la Subdirección General de Enseñanza y Educación Profesional, y establece los siguientes objetivos:

- a) Formar recursos humanos de alta calidad destinados a trabajar en el campo de la reproducción humana y de la salud perinatal.
- b) Mantener la actualización del personal propio de la Institución, y contribuir a la educación permanente de los profesionales externos, relacionados con la perinatología.
- c) Promover la concientización individual y familiar sobre la importancia de las diversas etapas del proceso reproductivo, principalmente entre las pacientes usuarias de los servicios del Instituto.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados el Instituto brinda tres acciones educativas interrelacionadas entre sí y por otro lado aplicables a los diferentes niveles de la estructura a quien va dirigida.

²⁷ Pérez Segura, Jesús. Rev. de Perinatología No 1. 1988

La organización de la enseñanza se encuentra constituida de la siguiente manera:

a) Enseñanza Formativa.- Corresponde a la formación de recursos humanos que el Instituto hace para elevar y mantener el nivel del hospital como centro de alta especialidad. La formación que se hace es en primer lugar a nivel de pregrado donde se imparten cursos, conforme a la capacidad física del Instituto, de medicina, enfermería, psicología y trabajo social; también coparticipa apoyando eventos con sede en otras instituciones, y realiza cursos para técnicos. Además cuenta con un programa de tutoría para el desarrollo de tesis en los distintos servicios y con un amplio campo clínico para servicio social.

La enseñanza de posgrado está encaminada a cumplir uno de sus objetivos. Se imparte la especialidad de Ginecología y Obstetricia y Biología de la Reproducción, así como otros cursos formativos-no universitarios- para profesionales o técnicos. Se brinda apoyo a cursos de especialidad y maestría efectuados en otras instituciones (Universidades y Hospitales del área metropolitana y de provincia).

b) Educación Continua.- Consiste en la actualización de los conocimientos de los profesionales o técnicos que trabajan en el Instituto; para lograrlo se cuenta con actividades intra y extramuros. Dentro de las primeras se imparten sesiones clínicas de investigación, morbi-mortalidad y actualización del personal conforme a las carencias detectadas. En las actividades extramuros se proporcionan becas, además de ser apoyada por la educación externa que "representa la contribución institucional para la capacitación de aquellos profesionales que laboran fuera del Instituto en actividades relacionadas con la reproducción humana y la perinatología en cualquiera de sus 3 niveles de atención" ²⁸

Para cumplir con lo ya planteado se efectúan los siguientes eventos:

- Cursos de actualización
- Cursos monográficos
- Talleres sabatinos

²⁸
Memorias del INPer .p.13

- Congresos
- Simposia
- Cursos especiales

c) Educación Comunitaria.- Se encuentra dirigida a la población en edad reproductiva, especialmente a la que asiste a los servicios del Instituto. Efectúan un programa de educación para la reproducción que se proporciona durante las etapas pregestacional, gestacional y postparto. Cuenta con metas, contenidos, técnicas y apoyos didácticos editados por el Instituto y otros centros gubernamentales o particulares. Finalmente, para evaluar el resultado de este programa se realizan investigaciones donde se observa el cambio de conducta de los asistentes así como el impacto de grado en su estado de salud.

Investigación.- Este aspecto dentro del Instituto se encuentra ampliamente desarrollado ya que existe una constante preocupación por elevar el nivel existente, mejorar la calidad de vida y abatir las tasas de morbi-mortalidad. Se establecen las líneas de investigación para confirmar conceptos tradicionales, propiciar conocimientos y desarrollar nuevas tendencias de la atención materno infantil. La Investigación que se hace se divide en dos aspectos: el primero se refiere a la actividad asistencial cotidiana, donde se realizan acciones en forma sistematizada, se efectúa el análisis de los hechos y finalmente se evalúan los resultados para llegar a protocolos clínicos, sociales y epidemiológicos. El segundo aspecto tiene como propósito el desarrollo conceptual y tecnológico, la creación de infraestructura y la formación de recursos humanos, cuenta con áreas específicas y personal altamente capacitado que realiza la investigación básica, experimental y analítica.

Por último cabe destacar que a esta actividad se destina la mayor parte del presupuesto con el que el Instituto cuenta, y que las líneas de Investigación cubren las siguientes áreas específicas:

Estudios psicosociales
Biología de la reproducción
Clínico-epidemiología
Diagnóstico y tratamiento

Nutrición
Neurofisiología
Tecnología

El INPer actualmente es una institución descentralizada que goza de gran prestigio por sus logros alcanzados en el tratamiento de embarazos de alto riesgo y atención neonatal, sin embargo, cabe señalar que de igual manera se ha preocupado por aquellos casos que presentan problemas de Esterilidad, que aún siendo opuesto a la perinatología, ha obtenido en su estudio y tratamiento logros de igual o mayor relevancia³⁹

II. LA SISTEMATIZACIÓN DE TRABAJO SOCIAL

2.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

A medida que se profundiza en el estudio del proceso salud enfermedad se distingue con mayor facilidad no solo la necesidad sino la importancia de tener presente a las ciencias sociales en colaboración con las ciencias naturales dado que para ver al hombre como ente biopsicosocial se le debe estudiar desde dos puntos de vista :

- a) De las ciencias naturales, para conocer del cuerpo humano su anatomía (estructura) y su fisiología (función) tanto en la salud como en la enfermedad, aplicando para ello la metodología científica (observación, formulación de hipótesis y verificación)
- b) De las ciencias sociales, también nombradas ciencias de las relaciones humanas o del comportamiento, porque permiten a través de su metodología comprender los fenómenos sociales que intervienen en los problemas relativos al proceso salud enfermedad, estudiar la salud del hombre en su contexto social, y la forma de ayudar a la prevención, diagnóstico y solución de los problemas relativos a la enfermedad ³⁰

Después de la revolución industrial, la salud pública ocupó un lugar muy importante dentro de los objetivos de la reforma social: comenzaron a formarse equipos de salud en los que además de participar un médico incluyeron sociólogos, antropólogos y administradores quienes, en equipo, lograron controlar las enfermedades transmisibles. Al aumentar la expectativa de vida empezó a ocupar un lugar muy importante cierto tipo de enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y alteraciones psicológicas. Ante estos problemas las ciencias sociales se integraron totalmente al campo de la medicina proporcionando una visión más amplia del individuo y la sociedad en que se

³⁰ Hernán Bon Martín, Salud y Enfermedad, Montec, Prensa Médica Mexicana, 1973 pp. 1

desenvuelve. Con dicha visión el médico además de prevenir, curar y fomentar la salud también contribuye al desarrollo de la sociedad y de las ciencias sociales.³¹

Por su parte las ciencias sociales se integran a la medicina a través de las siguientes aplicaciones:

- 1.- En la prevención y diagnóstico de enfermedades, porque se ha observado que hay factores que se relacionan con la frecuencia y la distribución de ésta.
- 2.- Para estudiar la respuesta y la adaptación a la enfermedad, las actitudes relacionadas con los tratamientos de las enfermedades, las necesidades de saneamiento y la relación de alguna enfermedad con diversos problemas sociales.
- 3.- En el tratamiento y la rehabilitación del individuo debe destacarse la importancia que tiene la familia, sobre todo cuando éstos son a largo plazo.
- 4.- En la terapia de grupo, en donde el individuo tiene que jugar un papel activo ante la enfermedad. La terapia de grupo es una técnica de tratamiento psicológico que se lleva a cabo en grupos pequeños y que consiste en llevar a los enfermos a la convicción de que sus problemas o debilidades son comunes; éstos aprenden a hablar libremente de su problema disminuyendo su angustia y se ven alentados por la actitud de los demás integrantes, mejorando la estimación de ellos mismos y el reconocimiento de sus capacidades.
- 5.- En la relación médico-paciente, en donde se enfrentan culturalmente el médico que atiende al paciente en su consulta y el paciente, quien le debe tener confianza y por lo tanto aceptar un tratamiento e iniciar así relaciones sociales.
- 6.- En el uso de técnicas de investigación propias de las ciencias sociales dentro de la medicina (diagnóstico médico), tales como las encuestas, las historias de casos, los estudios de comunidad, etc.
- 7.- Participación en la evaluación de los programas de salud pública instituciones sanitarias, utilización de los medios masivos de comunicación, aceptación o rechazo de la comunidad frente a las acciones de salud, etc.

³¹ 1984

8.- En la docencia, para que aquel personal médico o paramédico conozca la evolución y desarrollo de la sociedad en relación con la salud.

9.- En programas de planificación familiar, para promoverlos de acuerdo con los valores culturales de la población y medir su aceptación y aprovechamiento.

10.- Las estadísticas relacionadas con aspectos socioeconómicos o demográficos tienen gran aplicación a la medicina y a la salud pública.

11.- En el estudio de problemas sociales, por ejemplo, farmacodependencia, alcoholismo, abuso sexual y prostitución, indagando sus causas, evolución y efectos y los factores que ayudan a la rehabilitación de las personas afectadas³³

Por lo tanto las ciencias sociales son las disciplinas científicas que estudian y definen las leyes generales del desarrollo social, teniendo como objeto la vida social y como sujeto la cultura la cual es entendida como las relaciones que los hombres establecen entre sí para producir bienes y servicios, así como para reproducirlos. (ver anexo 1)

Después de hablar de la relación tan estrecha y complementaria entre las ciencias sociales y la medicina se puede decir que la investigación sociomédica determina los factores tanto médicos como sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad "pudiendo llegar así a una explicación mas profunda de la problemática de salud que permita orientar políticas y estrategias de acción para enfrentar con mayor éxito las diversas enfermedades"³²

Así mismo "orienta la planeación, organización y funcionamiento de los servicios medicos a través del establecimiento de un diagnóstico objetivo de la causalidad social del proceso salud-enfermedad según las condiciones materiales de trabajo y de vida de los diversos grupos sociales"³⁴

³³
Idem pp. 6

³²
41 Rojas Soriano Raúl. "Crisis, Salud, Enfermedad y Prácticas Médicas". Ed. Plasa y Valdes. México, 1990 pp.

³⁴
Idem. pp. 40

Tratando de resolver los problemas existentes del hombre sobre todo en el área de la salud, las ciencias sociales han ido perfeccionando su metodología pasando de la descripción al análisis desde cualquier teoría y teniendo presente que el objeto de estudio -la sociedad- es dinámica y cambiante.

El Trabajo Social también es una disciplina de las ciencias sociales y tiene una relación muy estrecha con el área de la salud es por ello que se le ha definido como: "la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y las comunidades"³³

El objeto de las acciones que despliega el trabajador social del área de la salud son los procesos sociales en donde los actores no sólo son percibidos como entes biopsicosociales, sino como sujetos sociales, cuyas carencias y necesidades están históricamente determinadas y los satisfactores para alcanzar la salud integral, se encuentran condicionados por su inserción en el proceso productivo; lo que va a dar un mayor o menor acceso a los satisfactores y recursos para la preservación de su salud.

Por lo tanto el trabajador social especializado en el área, es el profesional del equipo de salud que, a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la promoción y atención de la salud.

Por lo que su formación está orientada a la investigación sociomédica, que le permita conocer los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, la administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas, así como la educación y dinámica de grupos que le lleven a promover la organización de la población a fin de que participe en proyectos

³³ Terán Trillo, Margarita et. al. Rev. 27 de Trabajo Social, EPTU-UNAM, enero-marzo, 1989, "El perfil 1989" pp. 33

tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en donde deberá de sistematizar las experiencias desarrolladas, para la retroalimentación teórico-operativa de su propia profesión, generando modelos de intervención que permitan la obtención de mejores resultados ²⁶

Como objetivos el Trabajo Social en el área de la salud se ha planteado los siguientes:

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

- 1.- Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
- 2.- Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
- 3.- Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.
- 4.- Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente, en los programas de salud.
- 5.- Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.
- 6.- Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

A continuación se especificarán las funciones y actividades correspondientes:

FUNCIÓN	ACTIVIDADES
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none">* Diseñar protocolos específicos* Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad* Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud* Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud* Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud* Hacer estudios de prospectivas sociales para la educación para la salud en México* Establecer el perfil de los usuarios de servicio* Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnóstico de salud (local, regional o nacional)

FUNCIÓN	ACTIVIDADES
ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud • Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general • Establecer coordinación con instituciones de salud y bienestar social en diferentes niveles • Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios • Buscar la optimización de la eficiencia de recursos intra-institucionales • Controlar los procesos administrativos del servicio de Trabajo Social • Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad • Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos • Diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de Trabajo Social • Establecer sistemas de coordinación intra y extra institucionales • Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales • Hacer acopio de material didáctico y de difusión

FUNCIÓN	ACTIVIDADES
<p style="text-align: center;">EDUCACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad • Impulsar la educación para la salud física y mental • Promover la paternidad responsable así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva • Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud • Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar etc. • Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares • Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares • Diseñar material de apoyo didáctico

FUNCIÓN	ACTIVIDAD
<p style="text-align: center;">ENSERANZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo Social * Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector * Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes * Coordinar actividades o proyectos especiales con instituciones educativas de Trabajo Social * Difundir las funciones y programas de los servicios de Trabajo Social ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes * Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional * Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área

FUNCIÓN	ACTIVIDADES
ASISTENCIA	<ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar orientación médico-social de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares * Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales * Promover servicios de apoyo * Canalizar enfermos a otras unidades operativas

FUNCIÓN	ACTIVIDADES
<p>PROMOCIÓN SOCIAL O COMUNITARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Participar en campañas comunitarias de salud * Realizar estudios de comunidad para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental * Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades * Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud * Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro * Coordinar intra y extra institucional la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de siniestro o desastre
FUNCIÓN	ACTIVIDADES
<p>ORIENTACIÓN LEGAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Orientar a pacientes y familiares sobre los aspectos sociales de medicina legal * Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva * Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público * Canalizar el caso

FUNCIÓN	ACTIVIDADES
SISTEMATIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * Analizar el conjunto de los casos atendidos para conformar indicadores del perfil del usuario * Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos educativos y capacitación * Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias * Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida * Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad * Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo * Teorizar sobre las formas de intervención específica de Trabajo Social

En cuanto a la función de sistematización corresponde a la organización, seguimiento y teorización de la disciplina en el área; no se encuentra desarrollada en el sector, sin embargo, cabe la posibilidad de su aplicación en cuanto exista mayor impulso a este tipo de acciones, que validen y ubiquen plenamente a los profesionales de este ámbito.

2.2 IMPORTANCIA DE LA SISTEMATIZACIÓN PARA TRABAJO SOCIAL

La falta de sistematización ha sido un problema relevante para el Trabajo Social ya que su acción específica se ha desarrollado más en el aspecto práctico que en el teórico. En un principio tomó bases conceptuales de la religión y actividades filantrópicas, después las tomó de las Ciencias Sociales. Sin embargo, la carencia de sistematización representó un problema teórico dado que sólo se tenía amplia capacidad para el desenvolvimiento del aspecto práctico limitando su participación en el terreno teórico y con ello el reconocimiento de la profesión como agente participativo en el conocimiento y resolución de la problemática social.

A pesar de lo hasta ahora planteado el Trabajo Social contaba con los instrumentos necesarios para realizar investigación, sin embargo carecía de una metodología para la organización de la información obtenida; impidiendo con ello que hubiera retroalimentación teórica.

Los profesionales de Trabajo Social al ver esta situación y motivados por los primeros autores de Trabajo Social(*) que escribieron acerca del problema que representaba el no llevar a cabo la sistematización, tomaron conciencia de la situación así como de la importancia de utilizar métodos y técnicas más rigurosos. Todo lo anterior junto con las investigaciones hechas acerca de la teoría del conocimiento, la lógica y la epistemología han hecho entre otras concepciones que la sistematización sea entendida como lo plantea la Lic. María del Carmen Mendoza Rangel:

"Es una fase del método a través del cual se establecen las conexiones racionales de los datos empíricos que se obtienen en la investigación y se elaboran sus interpretaciones de acuerdo a una visión teórica, para articular su demostración." ²⁸

La sistematización se efectúa después de la investigación ya que son los resultados de ésta los que se han de organizar; es un

²⁸ Mendoza Rangel, María del Carmen, "Una opción metodológica para Trabajo Social" Ed. Nueva 1977 pp 104

momento de recuperación de la realidad que se acompaña de teoría. Por lo tanto para cada proceso de investigación le corresponde uno de sistematización.

Ahora bien la sistematización de la práctica en relación con la teoría es un proceso en el cual el profesional actúa conociendo y conoce actuando ; en tanto la acumulación teórica al ser planteada ante la realidad será cambiada o permanecerá igual a través de nuevos aportes.

Ampliando la concepción antes expuesta y con el fin de que este punto quede completo se plantea la visión que el CELATS tiene acerca de la sistematización y señala: "Una sistematización describe, ordena y reflexiona analíticamente el desarrollo de una experiencia práctica de Trabajo Social con respecto a los siguientes aspectos:

- a) Teóricos y metodológicos
- b) Contextuales tanto institucionales como histórico-sociales
- c) Las interacciones de los varios actores que participaron en la práctica: profesionales y sectores populares.
- d) Los procesos que se llevan a cabo, incluyendo un análisis tanto de los elementos que facilitan y/o apoyan su desarrollo como de los que dificultan las acciones de la práctica.
- e) Los resultados de la experiencia
- f) El desarrollo de algunas generalizaciones que se puedan extraer a partir de la práctica."

Como se puede observar la visión del CELATS es muy clara y completa al referirse a la sistematización como un proceso analítico que se efectúa sobre la práctica del Trabajo Social.

Con respecto a los elementos que intervienen en su desarrollo se puede decir lo siguiente: En los aspectos teórico-metodológicos el profesional encargado del desarrollo de la sistematización lleva consigo todo un bagaje de teorías las cuales serán refutadas

²⁸ Mergán María de la Luz, Acerca de la Sistematización. Cuadernos Celats, No. 4, Lima Perú. 2 parte pp. 240

o corroboradas conforme a los nuevos aportes. Dentro de los Aspectos Contextuales se marca el tiempo y el espacio en el cual se lleva a cabo la acción, permitiendo comprender el porqué del actuar de tal o cual forma. Este aspecto contribuye de igual manera en que lo hace la Interacción de los actores participantes en la práctica, y finalmente los procesos, resultados y desarrollo de algunas generalizaciones que aportan lo esencial de la práctica para el proceso de sistematización.

Si se observa bien lo antes planteado será claro identificar que dicho proceso debe tener como base una investigación previa que dé los elementos suficientes para trabajar y crear.

Para efectuar la sistematización se requiere de un proceso el cual ha sido planteado de diversas maneras por diferentes autores como se puede observar en el siguiente cuadro:

PROCESOS DE SISTEMATIZACIÓN		
I	II	III
Descripción del desarrollo de la experiencia	Reconstrucción	Descripción
Marco teórico conceptual de la experiencia	Análisis	Ordenamiento
Contexto de Inscripción	Interpretación	Clasificación
Intencionalidad de la experiencia	Conceptualización	Análisis
Estrategia metodológica	Generalización	Conceptualización
Análisis del desarrollo de la experiencia	Conclusiones	
Resultados de la experiencia y conclusiones	Propuestas	
I. Morgan María de la Luz, et.al. "Acerca de la Sistematización"		
II. Gagneten, M. Mercedes "Hacia una Sistematización de la práctica"		
III. Mendoza Rangel, M. del C. "Una opción Metodológica para Trabajo Social"		

Cada uno de los procesos presentados contienen diferentes puntos, algunos son breves otros más extensos, sin embargo, los tres son muy completos.

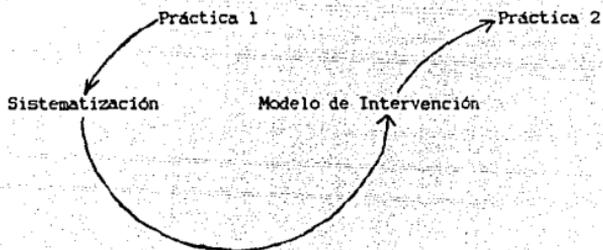
Por lo tanto se ha llegado a la siguiente conclusión: Dado que al Trabajo Social el ejercicio de la práctica le absorbe tiempo y atención existen pocas posibilidades de hacer una reflexión profunda que vaya más allá de la resolución de problemas prioritarios, sin embargo, con la sistematización se tiene la posibilidad de que la reflexión sobre la práctica cotidiana sea una verdadera praxis que permita descubrir los avances así como las carencias y a partir de ellas planear las acciones futuras, de tal manera que sean más eficaces y efectivas para el perfeccionamiento de la actividad profesional.

"La sistematización pretende contribuir a avanzar hacia la superación de la limitada reflexión sobre la práctica de Trabajo Social: quiere hacer una práctica comunicable y compartible a otros y así, impulsar la posibilidad de un aprendizaje y una reflexión colectiva"⁴⁰ ya que a través de esa práctica comunicable, entre profesionales de Trabajo Social, se pueden dar a conocer los indicadores sociales que influyen en la presencia o ausencia de diferentes padecimientos médicos así como en la integración de marcos de referencia sobre las características sociales en donde se desarrolla la enfermedad, permitiendo todo ello contribuir en el ámbito de la investigación sociomédica.

Por otra parte la intención de sistematizar una práctica no se estanca únicamente en el ordenamiento de la información, ni hacer sólo una práctica comunicable, sino que intenta ir incluso, más allá de la reflexión de la misma; ya que con los resultados obtenidos del proceso se puede elaborar una presentación abstracta denominada *Modelo de Intervención*, donde se aplique la teoría a la práctica conforme a los recursos y necesidades detectados por dicha sistematización. Volviéndose un proceso cíclico donde al igual que cada investigación le corresponde una sistematización; así a cada sistematización le corresponde un

⁴⁰ 1984.

modelo de intervención, pues como se dijo en párrafos anteriores cada práctica es diferente y le corresponde un proceso sistematizador exclusivo, siendo lo mismo al formar un Modelo



2.3 MODELOS DE INTERVENCIÓN

El término "modelo", dentro de la ciencia, refiere muchos aspectos que van de lo más complejo a lo más simple, por ello, algunos autores los han denominado modelos teóricos.

Peter Achinstein establece las siguientes teorías de los modelos teóricos:

- 1.- Un modelo teórico es un conjunto de supuestos acerca de algún objeto o sistema
- 2.- Un modelo teórico describe un tipo de objeto o sistema atribuyendole lo que podría llamarse una estructura interna, una composición o un mecanismo que explicará, al tomarlo como referencia, diversas propiedades de ese objeto o sistema.
- 3.- Un modelo teórico se considera como una aproximación útil para ciertos propósitos. El valor de un modelo determinado puede juzgarse, pues, desde dos puntos de vista diferentes aunque relacionados: cuan bien sirve a los fines para los que se emplea, y cuan completa y exacta es la representación que propone
- 4.- Es frecuente que un modelo teórico se formule, desarrolle y hasta llegue a denominarse en base a una analogía entre el objeto o sistema descrito por él y algún otro objeto o sistema diferente. Esto implica una comparación en la que se observan propiedades y principios similares en algunos aspectos

Por lo tanto se puede decir que para el autor un modelo teórico es una abstracción que cuenta con una estructura interna que explica aquellos supuestos acerca del objeto o sistema. Se considera de utilidad para ciertos propósitos, utilizando la analogía entre el objeto o sistema descrito y otro diferente.

Ander Egg, considera al modelo "como una representación o construcción simplificada de una clase de fenómenos destinados a explicar los fenómenos de la realidad o actuar sobre ella"⁴¹

En esta definición como en otras al modelo se le considera como una representación de la realidad que puede ser utilizado para explicar, predecir, calcular, sistematizar, y derivar leyes etc. y con ello verificar las teorías.

41

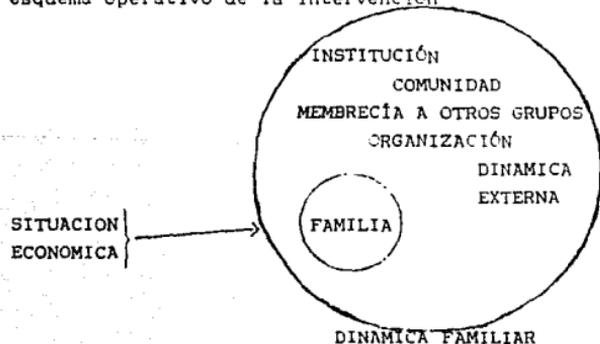
Ander Egg, *Técnicas de Investigación Social*, ed. Cid, Argentina, 1981, pp. 84

Aracil presenta otra propuesta más acertada en tanto que analiza modelos en sistemas sociales.

"Constituye una representación abstracta de un cierto aspecto de la realidad y tiene una estructura que está formada por los elementos que caracterizan el aspecto de la realidad modelada, y por las relaciones entre elementos"⁴²

Como se puede observar el autor hace una gran referencia a que el modelo representa una parte de la realidad y que la estructura está integrada por elementos de esa parte de la realidad y las relaciones que se dan entre los elementos por lo que se puede pensar en un sistema, que como ya es sabido es un conjunto de partes relacionadas unas con otras con un objetivo común, si a ello se le agrega tiempo se convierte en un sistema dinámico.

"En la práctica institucional se puede modelar la intervención del profesional de Trabajo Social de acuerdo a la identificación de los componentes que participan en el problema, su conceptualización, su dinámica interna y externa, así como el esquema operativo de la intervención"⁴³



⁴² Aracil, Javier. Introducción a la Dinámica de Sistemas ed. Alianza Universidad, Madrid España, 1983 pp. 19

⁴³ Santiago López, Elizaveth. El Caso Práctico. División de Estudios de Posgrado. EMTS-UNAM, Inédito. MEXICO, México 1990 pp.4

La Mtra. en E.S. Bautista, señala que en muchas instituciones no se cuenta con un esquema operativo sino con un conjunto de esquemas en los cuales se abordan diversos niveles de intervención. Lo anterior está sujeto al aspecto cuantitativo de la atención y los servicios que brinda la institución. Estos esquemas se relacionan a través de la fundamentación generando una inter-relación.

Fundamentación del modelaje

El modelaje surge de un movimiento intelectual con carácter científico y técnico el cual determinará las características esenciales. En este sentido se combinan tres líneas de desarrollo:

- 1) Las técnicas tradicionales de gestión de sistemas sociales.- Implica una serie de decisiones racionales y consistentes para lo cual se utiliza, la experiencia y la información de base formando así modelos mentales que sirvan para la toma de decisiones.
- 2) La teoría de sistemas realimentados .- Genera el concepto de sistema dinámico (sumario abstracto de los datos de observación de un sistema real) Esta corriente proporciona una serie de estructuras básicas que permiten surgir una amplia variedad de comportamientos dinámicos que sirvan para caracterizar las formas de comportamiento de una realidad.
- 3) La simbología por cómputo .- Las computadoras permiten efectuar en poco tiempo el cálculo de las tendencias de un sistema, para la selección o estructuración de un modelo. Lo anterior permite la implementación de modelos dinámicos⁴⁴

B. Elementos de un sistema dinámico

"Se entiende por sistema dinámico o modelo dinámico a un conjunto de partes operativamente inter-relacionadas, es decir, en el que unas partes actúan sobre las otras y del que interesa considerar fundamentalmente su comportamiento global"⁴⁵

⁴⁴ Idem pp 6

⁴⁵ Arce, J. Javier, op. cit pp 8

Se puede explicar como un conjunto de partes interrelacionadas, en el que cada una de las partes interactúan con otras siendo lo más importante el resultado de dichas interacciones, que en la realidad dentro de la sociedad son múltiples.

El modelo dinámico como metodología de cambio establece los siguientes aspectos:

- 1) Se define el problema e identifica el sistema y subsistemas componentes
- 2) Los estados, condiciones o conductas actuales del sistema se determinan mediante la observación
- 3) Se comparan las condiciones reales y esperadas de los sistemas, a fin de determinar el grado de desviación
- 4) Se hipotetizan las razones de esta desviación de acuerdo con los límites de los subsistemas componentes
- 5) Se sacan conclusiones de los hechos conocidos, mediante un proceso de deducción y se desintegra el gran problema en subproblemas mediante un proceso de reducción ⁴⁶

Límite del sistema.- al considerar el sistema como un todo organizado, también se entiende que en éste todo, existe un límite con el medio en el que se encuentra. Dentro de estos límites existe un comportamiento totalmente autónomo del medio en el cual se encuentra por lo que los límites se deben de fijar de tal manera que incluya en el interior del sistema aquellos componentes necesarios para tener los modos de comportamiento de interés. Por ello es importante determinar cuales son dichos componentes y así destacar aquel que se convierta en el objeto de estudio. También se debe percibir aquellos factores del medio que puedan afectar la dinámica del sistema al que pertenece.

Un modelo, como representación abstracta de un sistema real, está compuesto por:

- Un conjunto de definiciones que permiten identificar los elementos que conforman el modelo

⁴⁶ Ver Gigen Moha P. Teoría General de Sistemas, 4ª Trilice, México, 1964, pp. 19

- Un conjunto de relaciones que especifican la interacción entre los elementos que aparecen en el modelo ⁴⁷

Los elementos o variables que intervienen en un modelo son:

Exógenos.- Describen los efectos sobre el sistema que pueden ser modificados desde afuera de éste .

Endógenos.- Caracteriza aquello que está determinado por la estructura del sistema sin posibilidad de ser modificado directamente del exterior.

Para la aplicación de estos elementos del modelaje en la práctica institucional requeriría que los estudios de institución profundizaran en los componentes de la institución, identificada como sistema para conocer su dinámica y tendencias.

En resumen se puede decir que los modelos surgen de teorías, pero también pueden interpretar o representar una parte de ellas en tanto que la teoría y el modelo se integran a través de enunciados que expresan relaciones entre sus diferentes elementos por lo que:

- 1.- Demuestra la consistencia de una teoría
- 2.- Analiza detalladamente sus elementos y procesos
- 3.- Predice sobre los fenómenos y sus cursos de acción en diferentes condiciones ⁴⁸

Por lo tanto un Modelo de Intervención es la representación simbólica de la aplicación de la teoría a la práctica.

Los modelos en Trabajo Social se integran por una estructura teórica esquemática, apoyada en su formulación por diferentes teorías sociales que han surgido de la práctica y a través de ella se verifican y reconstruyen nuevamente " siguiendo una dialéctica en la integración del conocimiento y la realidad" ⁴⁹

Por lo tanto un modelo permitirá explicar e interpretar el proceso seguido de tal manera que conlleve a predecir los problemas sociales que son su objeto de estudio.

⁴⁷ Bautista L. Elizabeth, op.cit pp. 10

⁴⁸ Tardón Trillo, Margarita, Modelos de intervención de comunidad en Trabajo Social, EFTS-UNAM, México, 1986, pp. 46

⁴⁹ Ibid.

La finalidad de los modelos son el cambio, las modificaciones o la transformación social, según la orientación teórico-política que le guíe.

III. LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN APLICADOS POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

3.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LOS PROYECTOS

El Instituto Nacional de Perinatología es un centro de alta especialidad en el cual se atienden problemas relacionados con la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.

Ello ha generado que día a día llegue al instituto un gran número de mujeres solicitando ser atendidas en la resolución de su problema de salud. El primer contacto que tiene la mujer, al ingresar al instituto como paciente, es con la trabajadora social en el servicio de primera vez, donde, entre otras cosas, se realiza la entrevista inicial que sirve para detectar la presencia de alguna problemática social severa.

Por este medio se notó el gran aumento en la frecuencia de algunos casos con diagnósticos médico sociales semejantes que requerían ser tratados de manera integral, hasta que en 1990, bajo el impulso constante y la motivación persistente de la entonces supervisora de c/ext. Lic. Carmen Flores Cisneros, se pensó en formar un modelo de intervención que tuviera como finalidades:

- Crear clínicas específicas para mujeres y/o pacientes con diagnósticos sociales y médicos semejantes.
- Establecer una atención específica a corto plazo y especializada a largo plazo (tres años) para cada clínica
- Brindar atención oportuna a nivel interdisciplinario a los usuarios, contextualizados en su núcleo familiar primario
- Cuidar las funciones de planeación, investigación, asistencia, educación y paralelamente hacer crecer el nivel profesional de Trabajo Social.

Para el logro de tal fin se crea un programa que respondiera a las necesidades institucionales (aumento en la demanda de usuarios) y a las necesidades profesionales (demanda de trabajo profesional en la asistencia como en la investigación) pero también que cumpliera con las funciones y objetivos de la supervisión.

De esta manera se crearon cinco proyectos abocados a cada uno de los diagnósticos medico sociales más frecuentes : previa a esta creación hubo una capacitación sobre la elaboración de proyectos brindado por la supervisora al equipo de Trabajo Social.

Una vez formados se llevaron a la práctica, paralelamente con el desarrollo de una investigación a nivel exploratorio, para conocer los problemas a tratar y la población a la cual se dirigirá el trabajo; para ello se aplicó un instrumento elaborado con base en la práctica cotidiana; de esa cédula se pretendía identificar variables importantes que dieran pie a la continuación de la investigación descriptiva o explicativa, sin embargo, el rumbo cambió y dicho instrumento, considerado previamente como una prueba piloto, fue modificado para volverlo a aplicar como instrumento definitivo.

Así se perdió el sentido de la trayectoria planeada, sin embargo, no se pueden negar los siguientes resultados:

- Identificación empírica del seguimiento a proporcionar a cada grupo de pacientes
- Proporcionar una atención social uniforme y con fines educativo-preventivo a las mujeres.
- Identificar a nivel investigación exploratoria el perfil social de esos grupos de pacientes

A continuación se presentaran algunos antecedentes del trabajo realizado por el departamento de Trabajo Social del INPer.

PROYECTO DE CREACIÓN DE "CLINICAS" DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

I. ANTECEDENTES:

1. Tradicionalmente, la consulta de primera vez de Trabajo Social, en el servicio de Consulta Externa, constituye el primer contacto de la paciente con la institución, y está enfocada a la apertura del expediente de ésta y a su clasificación de acuerdo a sus condiciones económicas.
2. Una vez practicados los procedimientos anteriores, la paciente es citada a una consulta subsecuente de Trabajo Social, con el fin de que una de las trabajadoras sociales se aboque a atender el o los problemas sociales detectados en la primera consulta.
3. De acuerdo al volumen de consulta que tenga que atender cada una de las trabajadoras sociales, la paciente se incluye en la agenda de alguna de éstas y es citada en una fecha, a veces distante de la consulta de primera vez.
4. Dado el volumen de citas subsecuentes que debe atender diariamente, la trabajadora social tiene que destinar un corto periodo a cada una de las pacientes que le han sido canalizadas de la consulta de primera vez, lo cual, por una parte, impide que la paciente reciba la orientación social adecuada de su particular problema y, por otra, que la trabajadora social generalice sus técnicas sociales.
5. La atención rutinaria de todo tipo de problemas impide conocer con profundidad problemas específicos.
6. Al Instituto Nacional de Perinatología acuden muchas pacientes con problemas sociales específicos, que requieren un manejo social exhaustivo y especializado.

JUSTIFICACIONES:

Se justifica crear en el INPer "Clínicas de Atención Social" especializadas porque:

1. No existen antecedentes en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en relación con la atención especializada de Trabajo Social.

2. Las pacientes que solicitan atención en el INPer, y en particular las que a continuación se mencionan, sólo han recibido atención especializada relativa de Trabajo Social, no obstante la problemática particular que las caracteriza:

- a) Adolescentes embarazadas
- b) Pacientes embarazadas seropositivas a VIH
- c) Pacientes con embarazo producto de un abuso sexual
- d) Pacientes con esterilidad conyugal
- e) Pacientes embarazadas diabéticas
- f) Pacientes con alto riesgo

3. Es necesario sistematizar la asistencia de las pacientes pertenecientes a los grupos mencionados, con el fin de proporcionarles la atención particular de Trabajo Social que requieren y no simplemente las medidas generales que a todas las pacientes se les proporcionan en este servicio.

4. Sólo la sistematización asistencial a estos grupos de pacientes permitirá crear experiencias respecto a la problemática social que caracteriza a cada una de ellas, y establecer sistemas administrativos, asistenciales, educativos y de investigación especializados.

5. La especialización metodológica de Trabajo Social permitirá contribuir al alcance del objetivo principal del INPer que es la atención biopsicosocial integral de las pacientes en el más alto nivel.

OBJETIVOS:

General

Brindar atención especializada de Trabajo Social a los grupos de pacientes con problemáticas sociales específicas, en el área de la salud perinatal y la reproducción humana.

Específicos

1. Brindar atención especializada de Trabajo Social a las pacientes que pertenezcan a alguno de los siguientes grupos sociales:

- a) Adolescentes embarazadas
- b) Pacientes embarazadas seropositivas a VIH
- c) Pacientes con embarazo producto de un abuso sexual
- d) Pacientes con esterilidad conyugal

e) Pacientes embarazadas diabéticas

f) Pacientes con alto riesgo

2. Lograr la sistematización asistencial de Trabajo Social a estos grupos de pacientes.

3. Crear sistemas administrativos especiales para el manejo social de estos grupos de pacientes.

4. Crear sistemas educativos especiales que propicien el desarrollo social de estos grupos de pacientes

5. Protocolizar investigaciones tendientes a conocer los factores sociales susceptibles de cambio de estos grupos de pacientes.

METAS:

1. Planear, organizar, programar, controlar y evaluar las funciones y actividades de cinco "Clínicas de Trabajo Social", a las que se denominará con los nombres de los grupos sociales señalados en el Objetivo Específico No. 1.

2. Identificar en la consulta externa de primera vez al 100% de las pacientes que deberán ser incluidas en las "Clínicas" antes mencionadas.

3. Agrupar, estudiar y tratar, de acuerdo a la metodología de Trabajo Social que se establezca, al 100% de las pacientes incluidas en cada una de las "clínicas".

4. Evaluar anualmente los programas asistenciales, docentes y de investigación de Trabajo Social, de cada una de las "Clínicas".

5. Crear modelos de atención especializada de Trabajo Social por cada uno de los grupos sociales incluidos en las "Clínicas".

3.2 ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE VIH

El síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA) constituye en el momento actual la patología más importante, sea por su frecuencia rápidamente creciente, sea por su imposibilidad de curación.

Si el padecimiento en sí mismo tiene gran importancia, su mayor trascendencia estriba en el desconocimiento del número de portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que son los causantes de la transmisión del padecimiento y futuros enfermos de SIDA.

El conocimiento por parte de un paciente de que es portador del VIH, desencadena un conflicto psicosocial casi siempre muy grave, dado que repercute incuestionablemente sobre su salud mental y, especialmente, sobre la estabilidad de su entorno social.

El conflicto se agrava en las mujeres embarazadas, dado que el paso del VIH a través de la placenta frecuentemente da origen al nacimiento de un nuevo portador del virus. Esta es la razón por la que el padecimiento ha adquirido una importancia capital en las instituciones dedicadas a la atención perinatal.

Sólo se han estudiado parcialmente las repercusiones sociales a que da lugar el conocimiento en el adulto de la portación del VIH, y aun no se conocen las repercusiones sociales que originan en el niño y en su entorno social el conocimiento de que es portador del VIH.

JUSTIFICACIÓN

La creación de una "Clínica" de Trabajo Social que se dedique a la atención social integral de las pacientes portadoras de VIH+, se justifica porque:

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) ha atendido entre el 1 de Enero de 1988 al 31 de Diciembre de 1990, a 20 mujeres embarazadas portadoras del VIH, y el laboratorio de hematología del propio INPer ha detectado, entre 1 de Enero de 1987 y el 31 de Diciembre de 1990, a 43 varones portadores de ese virus.

Aunque la frecuencia de los portadores del VIH no observa, al menos en el INPer una tendencia creciente, todos los casos detectados han mostrado conflictos sociales graves.

La atención de los factores sociales determinados por el VIH sólo se ha logrado en el INPer parcialmente, dado que las acciones de este servicio no han podido sistematizarse a través de una metodología enfocada a conocer exhaustivamente dichos factores.

Es preciso sistematizar las acciones del servicio de Trabajo Social en los pacientes portadores del VIH o enfermos de SIDA, para lograr el desarrollo de programas asistenciales, educativos y de investigación específicos, enfocados a la atención social integral de este grupo de pacientes.

La atención social integral de este grupo de pacientes sólo se podrá lograr a través de la sistematización de las acciones de Trabajo Social en una "Clínica" dedicada a la atención especializada de los pacientes portadores de VIH o enfermos de SIDA. (Ver anexo 2)

3.3 ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE ABUSO SEXUAL

El embarazo, como consecuencia de un abuso sexual, constituye en el Distrito Federal un problema social progresivamente creciente.

Aun cuando las mujeres embarazadas a consecuencia de un abuso sexual frecuentemente no denuncian el delito ante las autoridades judiciales competentes, las instituciones encargadas de la atención obstétrica casi siempre son notificadas de la agresión a través del interrogatorio socio-medico.

Las instituciones de atención obstétrica tradicionalmente sólo se han abocado al tratamiento del evento gestacional, y eventualmente a la orientación psicológica de las pacientes agravadas sexualmente, pero socialmente sólo se han obligado a informar al Ministerio Público de la evolución y resolución obstétrica cuando media una denuncia legal.

La situación social de las mujeres agravadas sexualmente, hayan o no denunciado el delito, constituye uno de los problemas que más atención merece, dado que repercute permanentemente sobre todo el entorno social de la paciente y de su hijo.

JUSTIFICACIÓN

Se justifica crear en el INPer la "Clínica" de Trabajo Social para la atención de la problemática social de las pacientes embarazadas a consecuencia de abuso sexual, porque:

El embarazo derivado de un abuso sexual se observa en el INPer con una frecuencia cada vez mayor.

La totalidad de las pacientes embarazadas a consecuencia de un abuso sexual que se atiende en el INPer, tienen una problemática social con repercusiones de gran trascendencia, que por el momento sólo se trata parcialmente, ya que sus orígenes y evolución sólo se conocen en forma fraccionada.

Para tratar convenientemente esa problemática social, se requiere sistematizar la atención de Trabajo Social a través de una metodología que permita conocer con precisión los factores sociales comunes a este grupo de pacientes.

La eficacia de los programas docente-asistenciales, así como los de investigación, para las pacientes embarazadas a consecuencia de un abuso sexual, sólo se podrá lograr a través de la experiencia que se adquiera con el manejo frecuente y exclusivo de este grupo de pacientes. (Ver anexo 3)

3.4 ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE ESTERILIDAD

La esterilidad conyugal constituye uno de los problemas más frecuentes de la biología de la reproducción.

La importancia del problema, independientemente de su frecuencia, esta dado especialmente por las repercusiones psicosociales a que da lugar, puesto que éstas influyen directamente sobre la estabilidad de la pareja y son causa de alteraciones de la conducta social de las familias de ambos cónyuges.

Las instituciones de salud, y en particular las dedicadas a la atención de la esterilidad conyugal en tercer nivel de atención, pueden resolver en gran número de casos este problema, gracias a la tecnología avanzada con la que cuentan, pero aun no es posible que resuelvan la totalidad de los casos.

A pesar de que todos los casos de esterilidad determinan una problemática social, en particular los que no es posible resolver, las instituciones de salud carecen de servicios encargados de atender la problemática social de esta patología.

La falta de atención social especializada de la esterilidad conyugal, impide conocer con precisión los factores que acompañan a esta problemática y, por consiguiente, tratarlos oportuna y adecuadamente para impedir la desintegración familiar.

JUSTIFICACIÓN

La creación de una "Clínica" de Trabajo Social que se aboque al estudio de los factores sociales de la esterilidad conyugal, se justificará porque:

El numero de parejas estériles que solicitan su atención en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), constituye en el momento actual el 12% de las solicitudes de atención.

La observación del servicio de Trabajo Social comprueba la de muchos autores, en el sentido de que la problemática social constituye siempre uno de los factores más importantes de las parejas estériles y, en particular de las que no tienen solución a su problema biológico.

Es imprescindible sistematizar las acciones de Trabajo Social en el área de la esterilidad conyugal, a través de una metodología que permita conocer con precisión los factores sociales que afectan a este grupo de pacientes.

La sistematización de las acciones de Trabajo Social permitirá crear programas sociales de asistencia, docencia e investigación, que en conjunto lograrán brindar una atención social integral especializada a las parejas estériles.

La atención social especializada de las parejas con esterilidad conyugal sólo podrá alcanzarse a través de la experiencia lograda en una "clínica" que concentre únicamente a las pacientes afectadas por una problemática común .

(Ver anexo 4)

3.5 ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Nuestro país cuenta actualmente con poco más de 9 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

La mitad de esta cifra está constituida por población femenina, y de ésta la mayor proporción corresponde a menores entre 15 y 17 años.

La conducta sexual de la adolescente en el medio urbano, particularmente la de la perteneciente a estratos sociales bajos, ha sufrido cambios sustanciales en los últimos años, derivados de la inadaptabilidad psicosocial característica de la adolescente.

Las estadísticas más recientes demuestran que el embarazo en este grupo de población se ha incrementado progresivamente, propiciándose de esta manera el riesgo biológico de estas pacientes, pero, particularmente, el riesgo social.

El embarazo en la adolescente, particularmente el que ocurre entre los 10 y los 17 años de edad, constituye por consiguiente una problemática social de proporciones mayúsculas, sea por la cantidad de adolescentes que se embarazan anualmente, sea por el riesgo biopsicosocial materno-infantil, a veces irreparable, a que da lugar.

Aun cuando el riesgo social de las mujeres adolescentes es el que más interés ha despertado sociológicamente, no existen antecedentes institucionales de atención especializada de Trabajo Social de las adolescentes embarazadas.

JUSTIFICACIÓN:

La creación de una clínica de Trabajo Social dedicada exclusivamente a la atención de la problemática de la adolescente embarazada se justifica, porque:

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) atendió en 1990 a 750 adolescentes embarazadas menores de 18 años, número que según las estadísticas ha tenido una tendencia progresivamente creciente, sin esperarse un descenso a corto plazo.

La observación del servicio de Trabajo Social del INPer concuerda con la de todos los investigadores del área social, en el sentido de que una de las mayores problemáticas de las adolescentes embarazadas está dada por su inadaptabilidad social, lo cual repercute a esta causada por múltiples factores de su entorno social.

Es imprescindible que el servicio de Trabajo Social organice y particularice sus acciones en este grupo de pacientes, con el fin de sistematizar en él sus funciones asistenciales, educativas y de investigación.

Sólo la sistematización de las acciones de Trabajo Social en las adolescentes embarazadas, permitirá atender integralmente la problemática social de estas pacientes, así como realizar investigaciones que logren conocer con precisión los factores sociales que determinan o acompañan al proceso gestacional en ese grupo.

La "Clínica" de adolescentes embarazadas permitirá el desarrollo de la experiencia de Trabajo Social en esas pacientes, y la especialización de este grupo de trabajo en un área que requiere de máxima atención (Ver anexo 5)

3.6 ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE DIABÉTICAS EMBARAZADAS

La diabetes mellitus constituye una patología que se incrementa progresivamente dada su transmisión hereditaria.

La asociación de este padecimiento con el embarazo frecuentemente da lugar a complicaciones gestacionales graves, que determinan el incremento de las tasas de morbilidad materna y fetal.

El deterioro tanto del organismo materno como fetal durante el proceso gestacional, a consecuencia de la diabetes, favorece el desarrollo de alteraciones sociales tanto de la madre como de su entorno familiar, particularmente en los casos en los que se pone en peligro la vida de aquélla, o bien cuando ocurre la pérdida o la malformación del feto o del neonato.

No existen antecedentes relacionados con la tención de los factores sociales de la diabéticas embarazadas .

JUSTIFICACIÓN

La creación de una clínica de Trabajo Social que se ocupa de la atención social de la diabética embarazada se justifica porque:

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) constituye un organismo público descentralizado con objetivos específicos enfocados a la atención biopsicosocial de las mujeres embarazadas con riesgo elevado.

La atención de la diabética embarazada en el INPer, se ha enfocado tradicionalmente sólo al tratamiento del evento gestacional, pero únicamente en forma colateral a la atención de sus factores sociales.

Es indispensable conocer con precisión los factores sociales que se originan a consecuencia de la diabetes y, en particular, los causados por esta enfermedad durante el embarazo, con el fin de resolver, o al menos modificar favorablemente, los que sean susceptibles de cambio.

Sólo creando una clínica de Trabajo Social dedicada en particular a atender los factores sociales de las diabéticas embarazadas, será posible conocer con precisión y tratar adecuadamente dichos factores, con el fin de sistematizar los programas de asistencia, docencia e investigación en el área social, dirigidos a este grupo de pacientes.

La sistematización docente-asistencial y de investigación en el área social, permitirá desarrollar la especialización de Trabajo Social en el campo de la atención del embarazo de alto riesgo causado por la diabetes mellitus (Ver anexo 6)

IV. ANÁLISIS DE LOS "MODELOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD PERINATAL

4.1 MARCO HISTÓRICO SOCIAL

Como se comentó en el punto 1.2.1 del capítulo I la atención materno infantil ha sido una constante preocupación, desde la época prehispánica, generándose con el pasar del tiempo un incremento en el estudio y en los esfuerzos realizados en materia de salud perinatal, para disminuir las tasas de morbi-mortalidad materno infantil.

En 1990 y a raíz de la modificación al artículo 4- de la Carta Magna que rige al país⁸⁰, se elaboró un nuevo documento, desprendido de las políticas de salud, el cual sirve de instructivo para tal encomienda: dicho documento es el Programa Nacional de Salud que tendrá vigencia de 1990 a 1994.

Por su parte las instituciones de seguridad social manifestaron incapacidad para cubrir la demanda de atención médica durante los periodos pre-gestacional, parto y puerperio: el ISSSTE reportó insuficiencia en los recursos a él destinados, y el IMSS señaló que 5 médicos llegaban a atender 60 partos y 20 cesáreas diarias, revelando con ello la falta de recursos humanos y la elevada demanda del servicio.⁸¹

Hay que recordar que el programa prioritario del Presidente de la República Lic. Carlos Salinas De Gortari es el PRONASOL - Programa Nacional de Solidaridad- el cual se lleva a cabo por colaboración, es decir, la mitad la proporciona el Estado y la otra mitad la población demandante de un servicio: dicho programa se

⁸⁰ Ver capítulo I de este documento pp

⁸¹ "El Universal", No. 28.426, Aho LXXIV, Tomo CCXCII "aturación" 3-IV-90, pp. 20

puso en marcha desde el inicio del actual periodo presidencial 1989-1994 contando con un presupuesto general de casi tres billones de pesos²²

Desde su inicio tuvo como prioridad abatir la pobreza, entablando para ello acciones prioritarias, principalmente en la enseñanza, Salud y servicios, aplicados en las zonas como Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Hidalgo y en coordinación de dependencias federales - gobiernos estatales y municipales.

Un ejemplo de ello fue la labor realizada en el Estado de Veracruz en el que el PRONASOL y el gobierno del Edo. convinieron un programa de tres años para abatir el rezago de los servicios de salud a población abierta, como un acto de justicia social con los que menos tienen, para lo cual se construyeron y pusieron en operación 91 clínicas durante 1989 y para 1990 se realizaron otras 131 obras con aportaciones bipartitas, para este programa el compromiso es atender el 100% de este renglón.

Con estas clínicas se atiende a la población indígena y marginada que habita en zonas de extrema pobreza y que no tiene posibilidad de acceso a los servicios de seguridad social, mediante un esquema que es participativo, se sustenta en una sólida institución con servicios profesionales probados como es el IMSS, y contribuye a racionalizar los recursos institucionales²³

Sin embargo, el rezago es continuo, según explicó el diputado Victor M. Avalos Limón, quien afirmó que los presupuestos para la salud se ubicaron en 1987 en un 2.7% del PIB; en 1988, del 1.7% cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda se destine el 5% del PIB a la salubridad pública.

²² Idem. "Acción inmediata para aliviar la pobreza". 09-1-92 pp.12.

²³ 1994.

Al respecto el sub-secretario de la Secretaria de Salud explicó que a pesar de la crisis económica en 1990 hubo un incremento presupuestario del 23% para atender a la población más pobre²⁴.

A través del índice de precios del consumidor, la inflación durante el primer trimestre del año registró un incremento acumulado de 9.1% -que constituye el 60.66% del total del 15% previsto originalmente por el gobierno federal para todo 1990- y fue propiciado por el aumento en el valor de productos básicos y de algunos servicios como el de vivienda. Así mismo las bajas registradas en los precios de las exportaciones de crudo y de la industria petrolera en general siendo la causa principal la disminución de los precios externos del crudo²⁵.

Otro aspecto que tuvo especial importancia fue el incremento de la tasa de crecimiento poblacional, la cual a principios de la presente administración fue de crecimiento del 2.2% y la tasa global de fecundidad de 3.5% por mujer estimándose en 1990 un ritmo de crecimiento del 2.1% con una tasa de fecundidad de 3.3 hijos por mujer .

Por su parte el Secretario de Salud Jesús Kumate Rodríguez propuso 6 puntos, en materia demográfica, entre ellos: procurar que la edad de la primera unión, especialmente en el campo sea oportuna y no prematura; además de procurar que los intervalos intergenésicos sean por lo menos de 2 años y que no ocurran embarazos después de los 35 años; reforzar los programas dirigidos a mejorar la supervivencia infantil y disminuir la mortalidad materno-infantil²⁶.

²⁴ Ídem. "Por una serie de razones, no solo por la crisis, está golpeada la salud en México". 12-II-90, pp.11

²⁵ Ídem. "Inflación", 10-IV-90, pp.30

²⁶ Ídem. "Indispensable elevar control con respecto a los derechos humanos", 7-II-90, pp.30

Es aquí donde se destaca la importancia de la labor que viene desarrollando el INPer a partir de 1983, año en que abrió sus puertas para brindar atención especializada de 3er nivel. Incrementándose día a día la demanda de los servicios que éste brinda.

RESUMEN DE ACTIVIDADES SEGUN MES DE ESTUDIO
ESTADÍSTICAS VITALES
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
1980

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INDICADOR													
NACIDOS VIVOS	571	501	565	552	542	547	576	572	525	508	513	497	6,671
MUERTE FETAL	7	22	10	15	10	11	17	17	14	10	12	10	155
INTERMEDIA Y TARDIA													
ABORTOS	44	41	45	40	51	53	57	43	38	49	53	42	535
MUERTE NEONATAL	12	13	13	14	14	10	21	17	27	9	10	21	217
M. FETAL MATEMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	3	3
OTRAS DEFUNCIÓNES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FIGURAS A PRIMER RIESGO	1,150	1,255	1,437	1,376	1,313	1,459	1,471	1,425	1,401	1,425	1,391	1,502	16,933
ADULTOS	531	731	878	871	801	864	891	865	853	867	834	883	10,133
NEONATOS	619	524	559	505	512	595	578	560	548	558	557	619	6,800
CANALIZACIONES	2	1	2	2	3	3	4	5	3	8	7	40	40
ADULTOS	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-	4	2	11
NEONATOS	-	-	1	1	2	2	4	5	3	8	5	38	29

Fuente: Unidad De Análisis y Estadística.

En 1990 el INPer atendió, aproximadamente 41.327 mujeres que se presentaron con diversos problemas gineco-obstétrico, representando dicho incremento en la demanda, una necesidad a resolver pues se debían cubrir los aspectos biopsicosociales para darles una atención integral que es lo que corresponde a una institución de tercer nivel, a continuación se presentan algunos datos representativos de tal situación.

CONSULTAS OTORGADAS SEGUN ESPECIALIDAD Y MES DE ESTUDIO
CONSULTA EXTERNA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
1990

ESPECIALIDAD	TIPO	M E S												TOTAL
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
ANESTESIA	1ra VEZ	15	1	17	9	11	11	6	11	17	8	17	9	121
	SUBSEC	-	10	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	11
CARDIOLOGIA	1ra VEZ	62	41	43	40	37	44	60	56	40	39	34	51	553
	SUBSEC	35	28	35	28	27	31	31	31	32	34	30	37	382
DIETETICA	1ra VEZ	24	37	32	42	46	45	19	41	33	31	45	28	472
	SUBSEC	26	17	16	10	5	9	8	11	1	6	16	135	
ENDOCRINOLOGIA	1ra VEZ	54	28	62	53	43	37	45	67	72	74	66	50	656
	SUBSEC	154	102	120	124	92	82	172	141	126	124	153	93	1,431
ESTIMATOLOGIA	1ra VEZ	46	44	71	57	41	43	65	77	72	76	68	57	735
	SUBSEC	243	205	191	165	212	202	196	162	181	169	181	116	2,256
FISILOGIA DE LA REP	1ra VEZ	8	-	4	-	-	-	-	-	9	11	-	-	32
	SUBSEC	50	16	56	47	53	67	65	64	54	51	56	40	621
GENETICA	1ra VEZ	49	73	57	52	58	62	90	95	75	62	74	70	837
	SUBSEC	106	77	76	76	76	79	106	117	76	77	28	45	990
GINECO-OBSTETRICIA	1ra VEZ	655	671	766	577	718	728	811	819	721	689	559	502	8,306
	SUBSEC	4,800	4,297	4,821	4,425	4,138	4,735	5,098	5,394	4,845	5,340	4,660	4,337	56,398
HEMATOLOGIA	1ra VEZ	25	5	-	6	12	8	1	-	6	4	7	-	74
	SUBSEC	19	30	35	27	20	30	34	38	28	37	24	34	365
IMUNOLOGIA	1ra VEZ	154	108	86	81	49	35	64	112	143	153	87	116	1,237
	SUBSEC	134	128	143	128	84	133	136	126	140	135	126	131	1,656
INVESTIG. EPIDEM	1ra VEZ	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4
	SUBSEC	-	63	71	66	71	51	42	67	61	55	34	18	739
MEDICINA INTERNA	1ra VEZ	51	44	52	71	31	87	43	53	45	33	33	70	449
	SUBSEC	37	33	35	34	32	28	16	24	9	18	20	26	302
NEUROEN-DOCRINOLO	1ra VEZ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	SUBSEC	7	11	12	13	-	-	-	-	-	-	-	-	43
NUTRICION	1ra VEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	SUBSEC	8	12	9	10	12	12	7	3	3	4	-	-	80
OPFTALMOLOGIA	1ra VEZ	21	24	21	8	31	22	12	24	27	32	26	8	256
	SUBSEC	11	16	9	5	11	12	7	16	9	6	12	6	120
ONCOLOGIA	1ra VEZ	27	16	5	12	19	19	24	28	25	18	22	17	228
	SUBSEC	60	66	43	35	70	103	76	94	64	47	54	66	918
PLANIFICACION FAM.	1ra VEZ	126	157	159	155	156	144	174	196	130	81	91	26	1,281
	SUBSEC	122	94	86	115	94	76	134	100	132	148	151	150	1,412
PSICOLOGIA	1ra VEZ	7	14	26	15	14	26	21	30	57	67	55	13	354
	SUBSEC	49	67	79	68	67	54	66	75	153	248	273	114	1,342
TRABAJO SOCIAL	1ra VEZ	568	696	731	621	676	817	811	744	645	635	605	450	7,470
	SUBSEC	1,284	1,294	1,568	1,395	1,086	1,538	1,637	1,659	1,542	1,413	1,178	1,502	17,377
VALORACION	1ra VEZ	267	1,146	1,021	935	1,035	1,082	1,441	1,144	1,056	1,065	918	834	12,492
	SUBSEC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

MOTIVO DE CONSULTA OBSTETRICA PRIMERA VEZ
CONSULTA EXTERNA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

1990

No.	CLAVE CIE	CAUSA	FRECUENCIA	%
1	V23.8	MADRE ADOLESCENTE	272	
2	654.2	ANTECEDENTE DE DOS O MAS CESAREAS	118	2.0
3	V23.4	CON DOS O MAS FACTORES DE RIESGO	103	
4	V23.5	OBITOS, ANTECEDENTE OBSTETRICO	84	1.4
5	648.5-648.6	CARDIOPATIAS CONGENITAS O ADQUIRIDAS	65	1.1
6	V23.4	PARTO PRETERMINO, ANTECEDENTE OBSTETRICO	64	1.1
7	640	SANGRAGO TRANSVAGINAL EN EMBARAZO ACTUAL	57	1.0
8	V12.2	ANTECEDENTES DE ENDOCINOPATIAS	56	1.0
9	643.6	ABORTADORA HABITUAL	45	0.8
10	V18.0	ANTECEDENTES DE DIABETES	44	0.8
11	656.1	ISOINMUNIZACION A RH	41	0.7
12	345	EPILEPSIA	39	0.7
13	651.0	EMBARAZO MULTIPLE	27	0.5
14	V23.8	MALFORMACIONES, ANTECEDENTE OBSTETRICO	25	0.4
15	647	INFECCION PERINATAL (TORCH)	22	0.4
16	V23.8	ANTECEDENTE PERSONAL DE NEFROPATIA	22	0.4
17	642	HIPERTENSION	17	0.3
18	655.2	ANTECEDENTE FAMILIAR DE GENOPATIAS	19	0.3
19	V23.4	ENFERMEDAD DE AUTOINMUNE	12	0.2
20	644.0	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	8	0.1
21	V23.8	ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD AUTOINMUNES	5	0.1
22	V23.4	MACROSOMIA, ANTECEDENTE OBSTETRICO	5	0.1
23	623.4	RETARDO EN EL CRECIMIENTO FETAL, ANTECEDENTE OBSTETRICO	3	0.1
24	656.5	RETARDO EN EL CRECIMIENTO FETAL, EMBARAZO ACTUAL	1	0.1

* Frecuencia por 100 Consultas; n = 5,817

Fuente Unidad de Análisis y Estadística

MOTIVO DE CONSULTA OBSTETRICA SUBSECUENTE
CONSULTA EXTERNA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

1990

No.	CLAVE CIE	CAUSA	FRECUENCIA	%
1	V24	PURPERIO	5418	15.6
2	763.8	ANTECEDENTES DE DOS O MAS CESAREAS	1690	4.6
3	643.6	ABORTADORA HABITUAL	1454	3.3
4	622.5	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	736	2.1
5	656.8	EDAD GESTACIONAL INCIERTA	406	1.2
6	745-746	CARDIOPATIAS	358	1.0
7	646.6	INFECCION URINARIA	337	1.0
8	V12.9	OTRAS ENDOCRINOPATIAS	310	0.9
9	651.0	EMBARAZO MULTIPLE	278	0.9
10	642.0	HIPERTENSION CRONICA	252	0.8
11	656.1	INCOMPATIBILIDAD AL RH	271	0.8
12	642.4	PRECLAMIA LEVE	265	0.8
13	250	DIABETES MELLITUS	238	0.7
14	646.6	INFECCION GENITAL	210	0.6
15	345.9	EPILEPSIA	202	0.6
16	656.5	RETARDO EN EL CRECIMIENTO FETAL	165	0.5
17	656.1	ISOINMUNIZACION A RH	144	0.4
18	644.0	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	129	0.4
19	710.0	COLAGENOPATIA	118	0.3
20	634	ABORTO ESPONTANEO	97	0.3
21	640.611	HEMORRAGIA GENITAL EN EL EMBARAZO	84	0.2
22	702.3	ANORMALIDADES DEL LIQUIDO AMNIOTICO	80	0.2
23	643	EMESIS HIPEREMESIS	60	0.2
24	760.0	PRECLAMIA SEVERA	43	0.1
25	642.0	INFECCION EXTRAGENITAL	42	0.1

* Frecuencia por 100 consultas; n = 34 752

Fuente Unidad de Análisis y Estadística

MOTIVO DE CONSULTA GINECOLOGICA DE PRIMERA VEZ
CONSULTA EXTERNA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
1990

No.	CLAVE C.I.F.	CAUSA	FRECUEN CIA	%
1	62H	ESTERILIDAD	1,136	45.6
2	-	TRATAMIENTO QUIRURGICO GINI COLOGICO	876	35.2
3	-	PROTOCOLOS ESPECIFICOS DE MANEJO**	187	7.5
4	V25	PLANIFICACION FAMILIAR	19	0.8
5	-	CRITERIOS COMBINADOS***	13	0.5

* Frecuencia por 100 Consultas; n = 2,489

** Oncológico, Infecciones Ginecológicas, Malformaciones Congénitas del Aparato Genital

*** Con Dos o mas entidades de las citadas.

Fuente Unidad de Análisis y Estadística

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

MOTIVO CONSULTA GINECOLOGICA SUBSECUENTE
CONSULTA EXTERNA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
1990

No.	CLAVE C.I.F.	CAUSA	FFU CUEN CIA	* %
1	628	ESTERILIDAD	12,559	58.1
2	217-218-219	NEOPLASIAS BENIGNAS	7,278	30.5
3	618	PROBLEMAS DE LA ESTATICA PELVICA E INCONTINENCIA URINARIA	1,685	7.3
4	V25	PLANIFICACION FAMILIAR	989	4.6
5	627	SINDROME CLIMATERIO	887	4.1
6	174-179	NEOPLASIAS MALIGNAS	603	2.8
7	626.8	HEMORRAGIA GENITAL DISFUNCIONAL	581	2.7
8	615.9	ENDOMETRITIS	521	2.4
9	616	ENFERMEDAD INFLAMATORIA CERVICO VAGINAL	383	1.8
10	626.0	AMENORREA SECUNDARIA	354	1.6
11	614-615	ENFERMEDAD INFLAMATORIA UTERO - ANEXIAL	109	0.5
12	654	ALTERACION GESTACIONAL (VULVA, VAGINA, UTERO, ANEXOS)	81	0.4
13	626.0	AMENORREA PRIMARIA	51	0.2
14	619	FISTULAS GENITALES	44	0.2
15	617.0	ADENOMIOSIS	21	0.1
16	758.6	DISGENESIAS GONADALES	5	0.1

* Frecuencia por 100 Consultas; n = 21,633

Fuente: Unidad de Análisis y Estadística

Como se puede observar en las tablas antes presentadas el número de mujeres que solicitaron recibir atención en el INPer en el año de 1990 fue una cantidad considerable, sobre todo si se tiene presente que el Instituto está comprometido a proporcionar atención integral a todas las mujeres aceptadas como sus pacientes; resultando así la necesidad del Instituto por cumplir con sus objetivos y funciones como institución de tercer nivel.

Aunado a lo anterior se encontró la inquietud por parte del departamento de Trabajo Social en el servicio de consulta externa, de cambiar la rutina del trabajo cotidiano que se había convertido en un "hacer por hacer" sin ninguna retribución benéfica para la profesión; por lo tanto la asistencia y la investigación, que son dos de las funciones propias de una institución de tercer nivel, se volvieron una necesidad imperante a realizar, y aún más llevadas cabo en forma conjugada.

Tanto el incremento en la demanda de los servicios del INPer por determinados diagnósticos médicos y sociales, como el hacer de la práctica cotidiana una experiencia enriquecedora para la profesión fueron dos aspectos percibidos en 1990 por la entonces supervisora de consulta externa⁸⁷ quien, en el cumplimiento de sus objetivos y funciones educativas, administrativas y técnicas logró captar ambas situaciones, proponiéndose elaborar un programa cuyo objetivo fuera: atender a las necesidades institucionales y profesionales a través de la creación de proyectos que generaran un modelo de clínica de atención social que se haría específica conforme al grupo de pacientes incluidas en cada proyecto. Es así que puede decirse que las clínicas se formaron con base en problemas médico-sociales, debido a que ambos aspectos influyen de tal manera uno sobre el otro que requieren de una atención integral, cubriendo los aspectos bio-psico-social.

4.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

4.2.1 Proceso Salud-Enfermedad

Como se ha hecho referencia en el capítulo I desde hace poco más de dos décadas el aspecto social cobra especial relevancia en el estudio de la salud, pues como en éste se dice: "La salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo como la manifestación de un proceso morbido"³⁸. Existiendo en el proceso salud-enfermedad la misma indisolubilidad de la unidad biopsicosocial del ser humano, por lo que se le puede abordar desde los tres aspectos que integran dicha unidad.

El proceso salud-enfermedad tiene un doble carácter:

1) El biológico material que se encuentra concretamente en los individuos enfermos que es en quienes se manifiesta la salud enfermedad colectiva³⁹ determinado a su vez desde el nivel más general por la forma en que la organización social específica realiza la transformación y apropiación de la naturaleza por el hombre.

2) El carácter social; el cual parte de dos razones parcialmente coincidentes. Por un lado, adquiere historicidad ya que está socialmente determinado, esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos, sino que es necesario aclarar cómo está articulado el proceso social.

Por el otro lado, no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social, en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre separado del momento histórico⁴⁰

³⁸ Hernán San Martín, "Salud y Enfermedad". México, 1979. pp.389.

³⁹ El proceso salud-enfermedad es colectivo porque determina las características biológicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual.

⁴⁰ "Arguin, Manuel y colaboradores "Bioestadísticas". Ed. Pao. Mendez Oteo, México 1970, Tomo I pp. 41.

La salud y la enfermedad son producto de la forma en que el hombre se apropia y transforma la naturaleza y del modo en que este proceso se relaciona con los demás hombres: llamado relaciones sociales de producción. Con la transformación de la naturaleza se determina el modo de crear los bienes materiales o la manera de producir los elementos necesarios para su subsistencia.

El modo de producción determina las características de una sociedad en la cual surge la formación social que engloba la totalidad de los elementos de la sociedad en su relación dialéctica. Esta categoría expresa la unidad de las esferas económica, social, política y cultural de la vida de una sociedad⁴¹.

Para dar cuenta de la relación entre formación social y el proceso salud-enfermedad colectivo se han elaborado varias tesis entre las cuales destacan las siguientes:

Primera Tesis.- cada formación social crea su propia patología y las condiciones sociales para la reproducción de la misma en consonancia con el modo de producción.

Segunda Tesis.- existe una situación diferencial entre las clases sociales, presentes en las formaciones capitalistas con respecto a la morbi-mortalidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos.

Tercera Tesis.- dentro de los diversos sectores de la clase trabajadora existe una situación diferente en cuanto a la morbimortalidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos. Tales diferencias se deben a que: a)trabajan en distintas ramas de la economía; b)se insertan en el proceso productivo de diversas maneras; c)perciben salarios diferentes, lo que repercute en las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo y d)están sujetos a características de la legislación que regula las relaciones laborales en cada sector.

⁴¹ Ibid. pp. 38

Cuarta Tesis: existe una situación diferente entre la ciudad y el campo respecto a las características de la morbimortalidad y el nivel de esperanza de vida⁸²

4.2.2 La Formación Social Mexicana en la Actualidad y su Relación con el Proceso Salud-Enfermedad.

La situación de dependencia de México ha sido impuesta por las economías hegemónicas para mantener y reproducir relaciones de dominación y explotación sobre las economías más débiles, primero mediante las armas (época colonial) y después empleando formas más sutiles de dominación: inversiones, tecnología, ingerencia en asuntos políticos y la hegemonía de organismos internacionales de crédito.

México se puede definir como una formación social marcada por la desigualdad; pues desde sus inicios la economía, la cultura y la política fueron parte de tal desigualdad. Esto aunado a la dependencia externa, define el campo que separa al país de un desarrollo nacional y social pleno.

Pese a que en México han sucedido una serie de movilizaciones tendientes a propiciar una evolución económica justa y significativamente equitativa, subsiste una enorme desigualdad entre el ingreso y la riqueza, entre las condiciones de vida que prevalecen en el campo y la ciudad, entre las regiones y entre las actividades productivas, así como en la participación política y social y acceso a la recreación, cultura y salud.

Siendo las clases más desprotegidas las que paguen las consecuencias de tan grandes desigualdades, sin embargo, el Estado junto con su gran infraestructura, dentro de la que se encuentran instituciones de salud como el INPer, se maneja a través de los conceptos que Manuel Barquin presenta en Sociología Médica y que son los siguientes:

a) La sociedad es una totalidad, compuesta por elementos interrelacionados e interdependientes que contribuyen a la integración del sistema.

⁸² Ibid. pp. 80

- b) La integración aunque nunca es perfecta crea un estado de equilibrio. La tendencia de la interacción de los diferentes elementos de la sociedad, es hacia la estabilidad, la cual está asegurada por los mecanismos de control social.
- c) La desviación y tensión social son aspectos disfuncionales que tienden a ser institucionalizados o resueltos por vía de la integración. Cuando las partes cooperan es estrecha la relación y se conserva una estructura relativamente fija que reduce los límites para la desviación.
- d) El cambio social no se da de manera global sino gradualmente, siendo inalterable la estructura básica institucional
- e) La integración social se logra a través de un consenso valorativo, de orientación cognoscitiva compartida, es decir, de una serie de principios ampliamente difundidos que legitiman la estructura política social y económica existente.

Por otro lado, pero muy relacionado con lo anterior, se encuentra la consideración que Parsons hace al respecto y sobre las cuales opina que la práctica médica es un mecanismo para superar la enfermedad debido a que la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo, en tanto sistema biológico y estado de ajuste personal y social.

La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente. La enfermedad no sería un peligro externo sino una parte integral del equilibrio social mismo, y se la considera como un modo de respuesta a las presiones sociales para, entre otras cosas, eludir responsabilidades.

Según Parsons, la enfermedad tiene que ser definida en uno de sus aspectos principales como una forma de conducta desviada, siendo el papel del enfermo la forma como la sociedad institucionaliza esta desviación; en consecuencia, el papel de la medicina se articula con el papel del enfermo, como un mecanismo de control social. El papel del enfermo y el papel del médico encajan de manera armónica por una serie de orientaciones valorativas compartidas, que posibilitan y evitan el conflicto ⁶³

Se considera que otra forma de control social se obtiene por medio de la institución, cuyo término proviene del Latín, *institutum*, organización, establecimiento. Según Natalio Kisnerman infiere que: "Es una mediación social, entre quienes ofrecen un servicio y quienes lo demandan; esa relación está asegurada por un sistema normativo que responde a la ideología dominante; con una función acorde a esa ideología y una organización para ejecutar las acciones que dicha función le requiere"⁶⁴

A la institución se le ubica en superestructura⁶⁵ permitiendo discernir que constituyen aparatos directos o indirectos de control social y poder, asumiendo, transmitiendo y reproduciendo la ideología de quienes ejercen ese poder. Su existencia obedece así, a las leyes objetivas de la realidad social. Siendo parte de una estructura social determinada, toda institución reproduce al todo que es esa estructura social, al mantener con ella relaciones de correspondencia, o sea de cohesión, lo que explica que toda modificación del todo implica modificación en la parte.

Se puede agregar que toda institución es concreta, social e histórica, en tanto pertenece a determinada sociedad. Y es compleja estando dada su complejidad por las relaciones de funciones que se desempeñan en ella, las que corresponden al número de tareas diversificadas que componen la actividad global de la misma, y el grado de desarrollo alcanzado por dichas tareas. La elaboración de los niveles de complejidad se obtienen dividiéndola en sectores de actividades, en relación a los objetivos perseguidos. Serán finales si las actividades hacen directamente al objetivo; intermedios si son complementarios de la prestación final y generales si constituyen la infraestructura que permite el funcionamiento de la institución⁶⁶

⁶⁴ Kisnerman, Natalio "La institución como objeto de trabajo" mimeo 1980, pp. 1

⁶⁵ Se entiende por superestructura a: sistema jurídico, político, ideológico, y que dada su determinación por la infraestructura, a la vez que contribuye a su mantenimiento y reproducción. Las instituciones en la superestructura constituyen aparatos directos o indirectos de control y poder.

⁶⁶ *Idem* pp. 1

Pero además toda institución tiene un área de influencia, determinada por el flujo de derivación hacia ella y un área programática o de cobertura de servicios, determinada por la capacidad para realizar actividades asignadas y por la posibilidad de acceso de la población a su servicio⁴⁷.

En este esquema las decisiones se toman en la cúpula y se transmite y recoge información de las bases a través de los sectores intermedios. La relación entre los distintos sectores está regida por un sistema explícito de normas y valores, el que señala los mecanismos de adjudicación y asunción de roles. El mismo esquema caracteriza la institución como un interjuego de roles, determinados éstos por la función que cumplen. La institución reproduce así la estratificación social, las normas y los valores y las barreras de comunicación existentes en la estructura social que las contiene⁴⁸.

Una institución es regulativa, cuando normatiza, controla, verifica el funcionamiento de otras instituciones y actúan a través de ellas, y es operativa, cuando cumple tareas por sí misma.

Teniendo en cuenta su función en dicho documento se mencionan cuatro tipos principales de instituciones:

- a) Culturales básicas: familia, iglesia, escuela
- b) Comerciales: empresas comerciales, industriales
- c) Recreativas: clubes, teatros, cine, salones de baile
- d) De control social formal: agencia de servicios sociales y gubernamentales. A ellas se agrega:
- e) Sanitarios: hospitales, clínicas, campos y hogares
- f) De comunicación: agencias de transporte, de servicio postal, teléfonos, periódicos, radio, etc.

Por lo tanto se puede destacar que un claro ejemplo de la descripción antes mencionada es el INPer, dentro del cual se brinda atención de la más alta especialidad como corresponde a una institución de tercer nivel donde han de cumplirse funciones de asistencia, enseñanza e investigación dentro de los tres campos de

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 4

⁴⁸ *Ibid.*

intervención en el ser humano -biológico, psicológico y social-.

Asimismo se observó que los métodos de los que se valió el Trabajo Social, en mayor proporción y dadas las características de las pacientes, son: el Trabajo Social de caso el cual es entendido por Mary Richmond "Como la serie de procesos que desarrollan la personalidad de cada individuo a través de ajustes efectuados consciente y realizados en las relaciones sociales de los hombres con el medio en que viven"⁶⁹ o bien como María C. Castellanos lo refiere en el Manual de Trabajo Social donde dice que "Es un método del Trabajo Social que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encauzar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas como medio de lograr el mayor grado de ajuste y adaptación entre el individuo y su medio circundante"⁷⁰.

En cuanto a las funciones: se desarrolló principalmente y con una visión programática la asistencia, la cual generó la constitución de las cinco clínicas que cumplieron a su vez con esta función y sirvieron para desarrollar la función de investigación a través de la investigación exploratoria cuyo desenvolvimiento se hace en un ámbito poco conocido, pretendiendo hacer a través de ella los planteamientos necesarios acordes a la realidad del problema. Tal fin requiere de una base que se constituye por medio de la investigación científica a la cual se le puede considerar como "los razonamientos que han de efectuarse y el manejo que ha de darse a la información requerida para la prueba de hipótesis"⁷¹

Esta investigación se puede dar a tres niveles:

- Nivel exploratorio
- Nivel descriptivo
- Nivel explicativo

⁶⁹ Castellanos, María C. "Manual de Trabajo Social" México, 1923. pp.7

⁷⁰
1914

⁷¹ Bellón, Clara et.al. "Métodos de investigación en las relaciones sociales" Madrid, 1928. pp.136

En el primero el énfasis mayor recaé en el descubrimiento de ideas y aspectos profundos así como en el establecimiento de preferencias para posteriores investigaciones p.ej. en los casos en que la teoría es demasiado general o demasiado específica para proporcionar una guía segura para la investigación empírica: o en el caso de problemas acerca de los cuales existe muy poco conocimiento utilizable. Es necesaria la investigación exploratoria para obtener experiencia útil que sirva para la formulación de hipótesis relevantes y para una investigación más profunda. Se le considera como una etapa inicial en un proceso continuo de investigación, siendo la práctica la parte más difícil⁷²

Los otros dos niveles requieren de mayor precisión y se abocarán a utilizar el conocimiento previo, que la investigación exploratoria les proporcionó, para avanzar en la formulación y comprobación de hipótesis.

Los otros dos niveles requieren de mayor precisión y se abocarán a utilizar el conocimiento previo, que la investigación exploratoria les proporcionó, para avanzar en la formulación y comprobación de hipótesis.

Es importante destacar que la reflexión de la práctica es la fuente de la teoría, por lo tanto si se tiene intención de que la práctica de las trabajadoras sociales del instituto sea un aporte al Trabajo Social ésta deberá ser reflexionada mediante un proceso de sistematización cuyos resultados propicien un nuevo intento por estructurar un modelo de intervención .

Ello requiere de una base de la que puedan derivar aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y filosóficos para formar una unidad que determine una práctica; estos elementos son el resultado del conocimiento de un problema sobre el cual se formará el modelo.

4.3 PROCESO METODOLÓGICO

En cuanto a la constitución metodológica los proyectos utilizaron dos de los métodos tradicionales de Trabajo Social: caso y grupo: con el primero se pretendió abordar la situación personal y familiar de la paciente con el fin de proporcionar un tratamiento social acorde a las potencialidades de las mujeres en estudio y conforme a los recursos institucionales. El segundo se utilizó aunque con menor medida en las situaciones que así lo ameritaron formando para ello grupos transitorios. Así mismo se utilizaron como métodos auxiliares la investigación científica y del proceso administrativo: todos ellos ubicados en el marco de las funciones de Asistencia, Enseñanza e Investigación, encontrando lo antes mencionado en la etapa de programación.

Las actividades mas frecuentes fueron: reconquistar pacientes, canalizar a otras instituciones, coordinarse con otros departamentos, orientar, informar y motivar; En cuanto a las técnicas se llevaron a cabo entrevistas estructuradas y no estructuradas, observación y revisión documental; por lo que respecta a los instrumentos estos fueron la entrevista social inicial, cuestionario, el expediente clínico, el estudio social completo, material informativo impreso, resumen clínico, resumen social, libreta de control, fichas hemerográficas, fichas bibliográficas, guía de entrevista, cédula de cuestionario, diario de gabinete, cédula de codificación, cuadros de codificación y reporte de investigación.

Estas actividades fueron desarrolladas al mismo tiempo en que se hacía una investigación a nivel exploratorio (que también puede ser un estudio de campo) a través de la aplicación de un cuestionario con el cual se cumpliría el objetivo de la función de investigación y de donde se desprendería un instrumento definitivo para cada proyecto, obteniendo resultados que mas adelante se presentaron en forma estadística y a lo que llamaron sistematización. Hasta este momento se habían realizado cuatro etapas a la vez programación, ejecución, diagnóstico y evaluación.

Como ya se ha dicho estos proyectos no cuentan con elementos teórico-metodológicos suficientes que puedan acreditarlos como modelos de intervención y aún cuando la metodología que presentan se encuentra completamente detallada, está encaminada no a la intervención como resultado de una investigación y de un problema debidamente detectado y estudiado: sino como la intervención empírica integradora de las condiciones necesarias para desentrañar al mismo tiempo en que se está actuando, un problema específico del contexto general en el que se este trabajando.

Como alternativa se propone efectuar la etapa de investigación en la cual se recaudará toda la información teórica que exista sobre el problema específico detectado a través del diagnóstico y la ejecución hasta ahora realizados; con ello se pondrán las bases teóricas, específicas a cada clínica, necesarias para su actuar; después la programación y la ejecución deberán ajustarse en función de los resultados obtenidos con la investigación. Todo lo cual llevará a una nueva evaluación con resultados más satisfactorios como el proporcionar una atención asistencial más científica, para lo que deberán formularse nuevos objetivos encaminados a la investigación así como hipótesis y marcos teóricos que rijan y den sentido a lo que se hizo y a lo que se hará.

Para ello deberán utilizarse los resultados obtenidos de la investigación exploratoria en donde se identificó plenamente el problema; ello servirá para que los objetivos sean claros, concretos, factibles de alcanzar y de donde se determine el qué, cómo, dónde, cuándo y quién, ya que se cuenta con la capacidad de establecer con claridad y en forma objetiva el planteamiento del problema.

En cuanto a las hipótesis, estas platearan una explicación provisional con base al conocimiento que se tenga del problema sobre las causas que dan origen a ese problema, lo importante es que además de ser una respuesta tentativa, permite ir hacia adelante mediante una prueba de validez. Los elementos que la deben constituir son: la unidad de investigación, las variables y el elemento lógico que da sentido a la relación que hay entre las hipótesis.

Posteriormente se estructura el marco teórico, y se tiene conocimiento de lo que sucede alrededor,

Es importante aclarar que aún cuando se manejen las clínicas con problemas específicos esto es la generalidad de los cuales se debe desprender un problema social específico inherente al Trabajo Social, que bien puede estar enfocado a la influencia que dicho problema tenga sobre la adaptación social de la paciente así como en sus relaciones familiares. Esta delimitación es previa por lo que puede parecer que la proposición queda fuera de lugar o de tiempo, sin embargo, es uno de los elementos más importantes en todo trabajo que pretenda llegar a constituir un modelo de intervención.

Una vez dicho lo anterior tal propuesta se esquematiza de la siguiente manera:

ELABORACIÓN DE PROYECTO

APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA

↓
CLÍNICA

1 MARCO TEÓRICO

2 OBJETIVOS EN RELACIÓN AL PROBLEMA

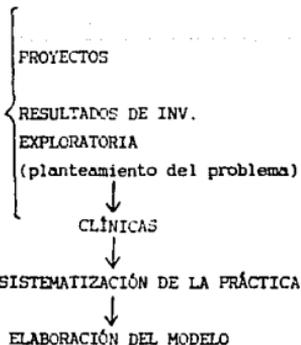
3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Y SU OPERACIONALIZACIÓN

4 MODIFICACIÓN DE CUESTIONARIO

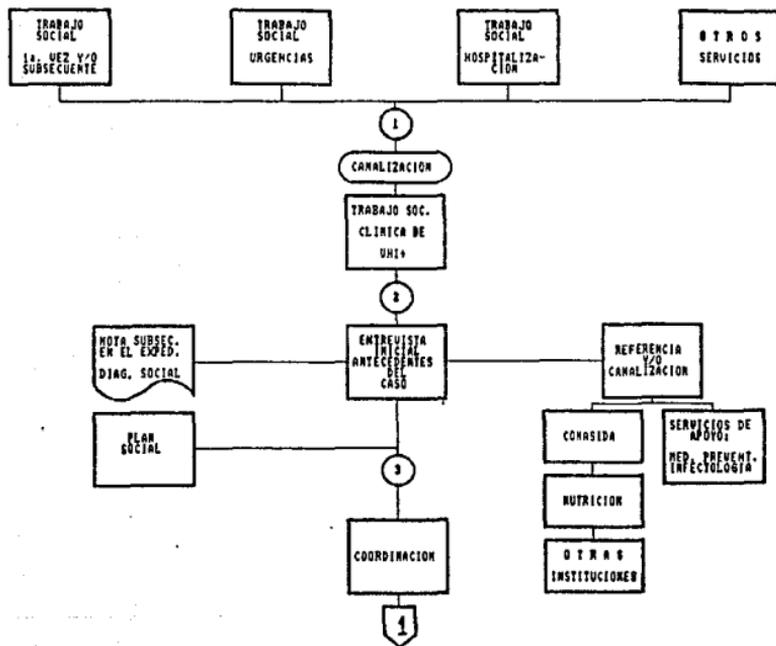
5 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

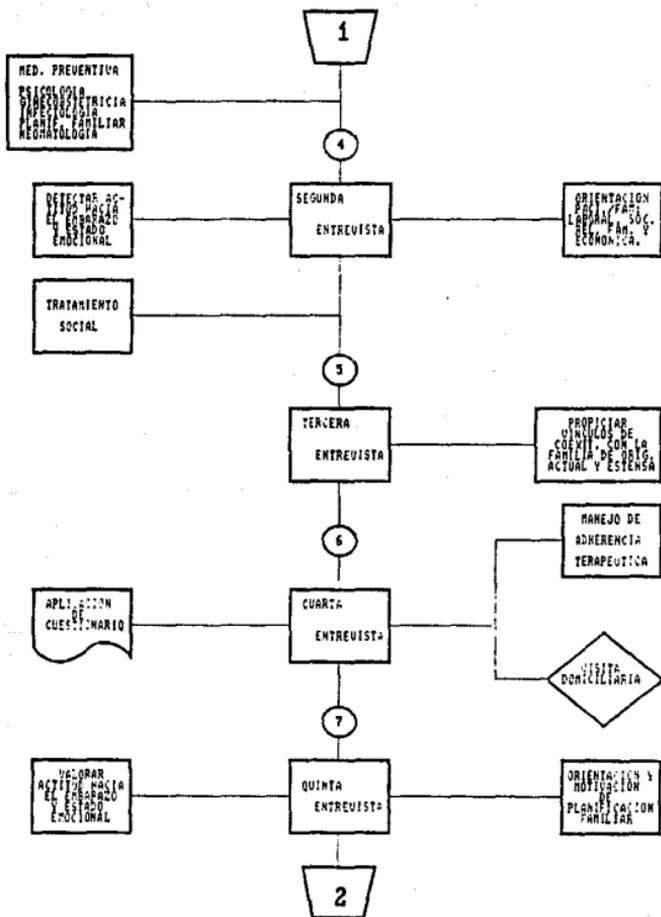


Ver Anexos 2-6

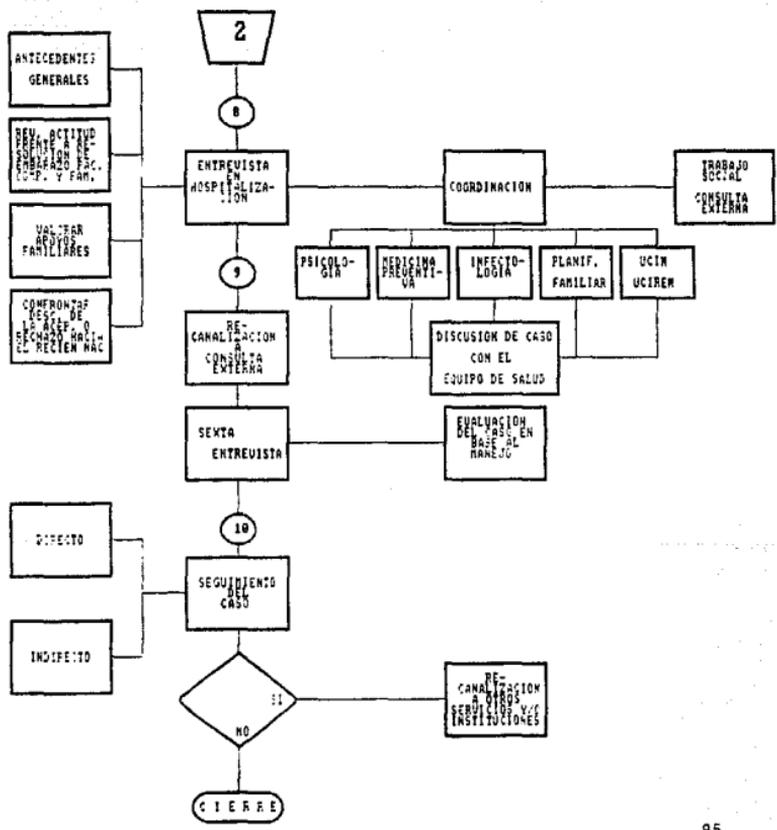
FLUJOGRAMA CLINICA DE ATENCION PARA PACIENTES CON VIH+



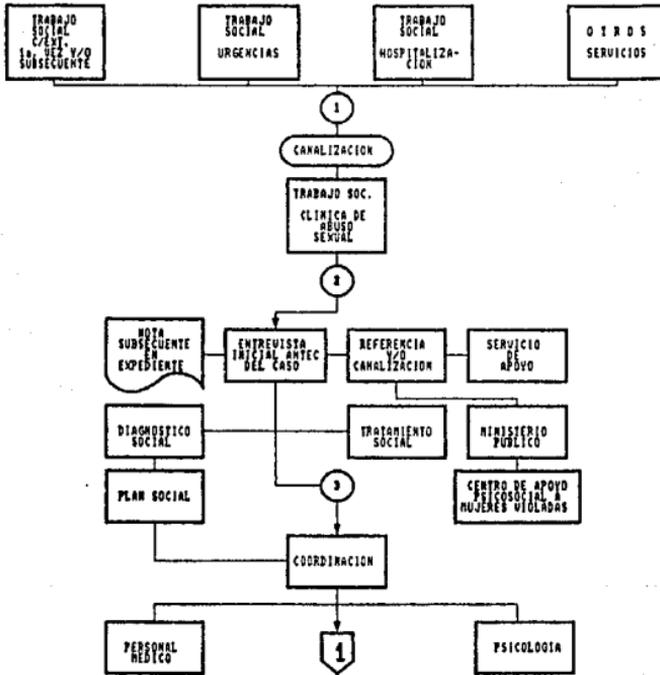
FLUJOGRAMA CLINICA DE ATENCION PARA PACIENTES CON VIH+



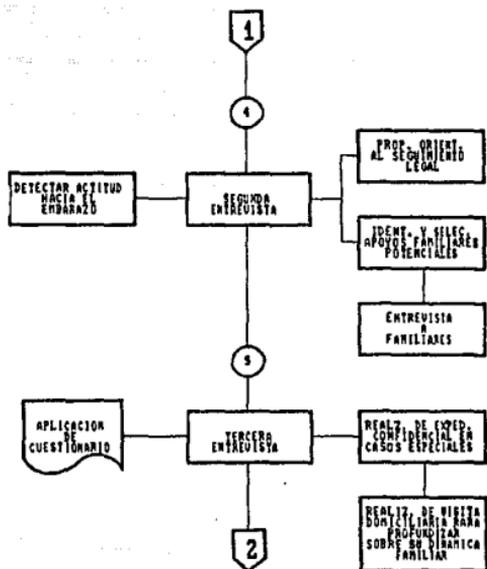
FLUJOGRAMA CLINICA DE ATENCION PARA PACIENTES CON VIH+



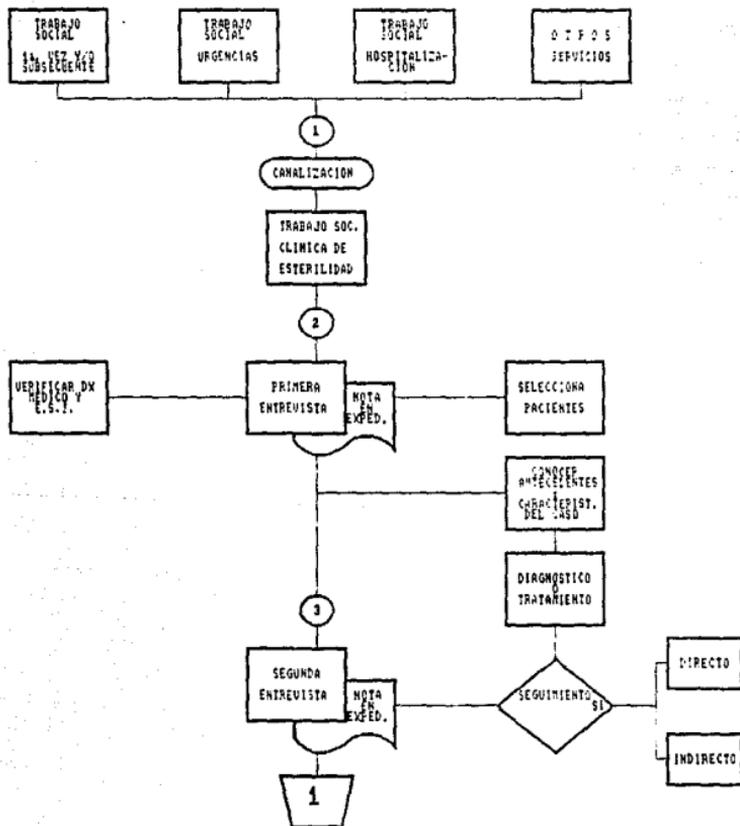
FLUJOGRAMA CLINICA ABUSO SEXUAL



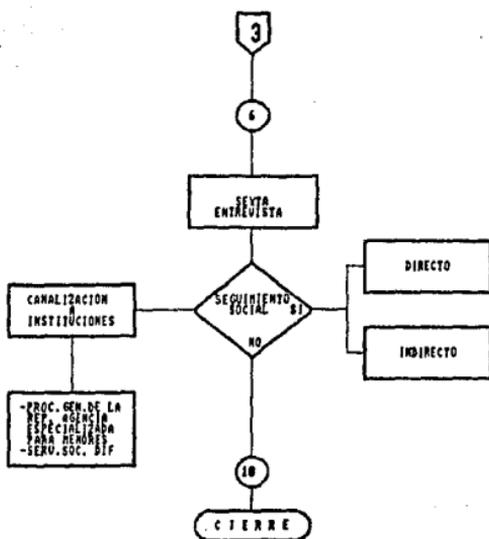
FLUJOGRAMA CLINICA ABUSO SEXUAL



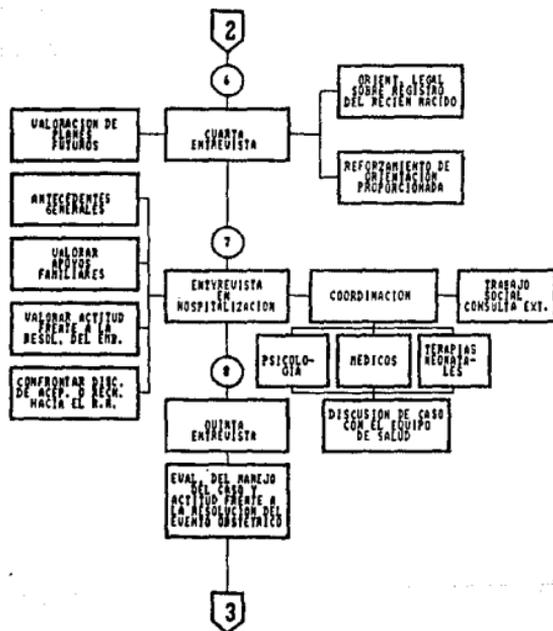
FLUJOGRAMA CLINICA DE ESTERILIDAD



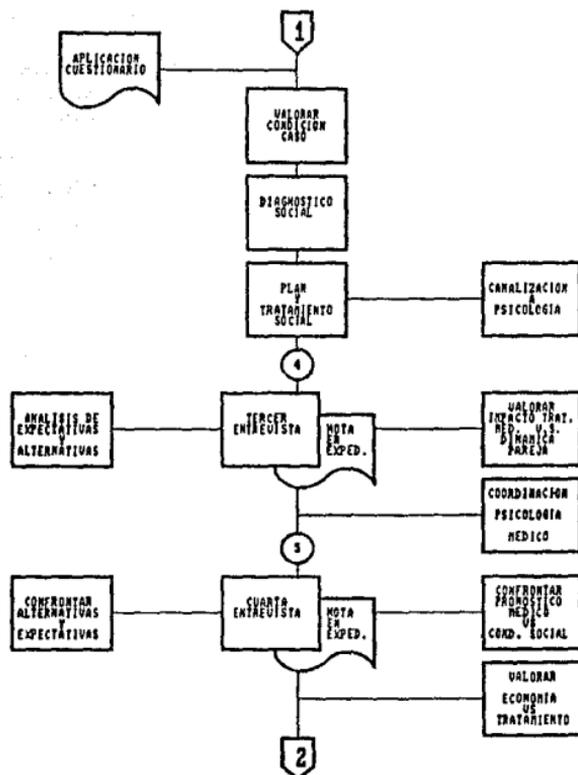
FLUJOGRAMA CLINICA ABUSO SEXUAL



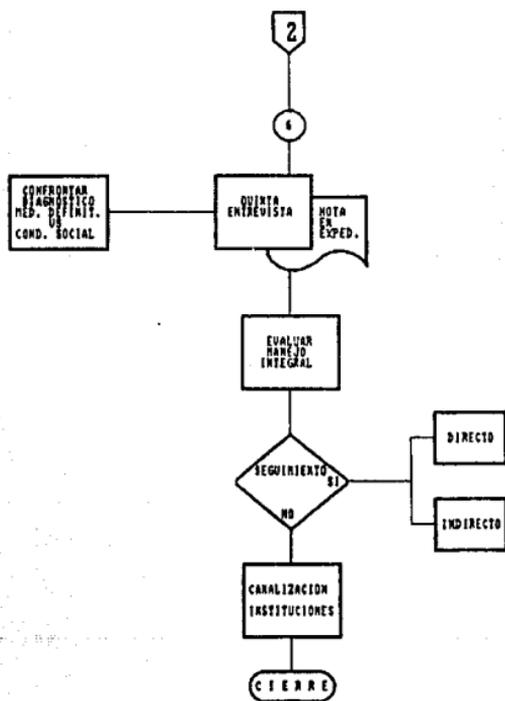
FLUJOGRAMA CLINICA ABUSO SEXUAL



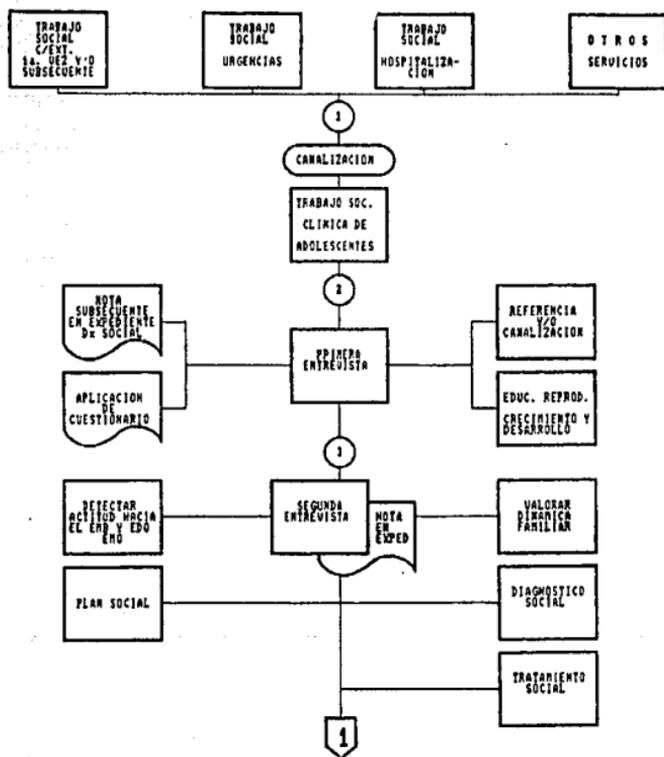
FLUJOGRAMA CLINICA DE ESTERILIDAD



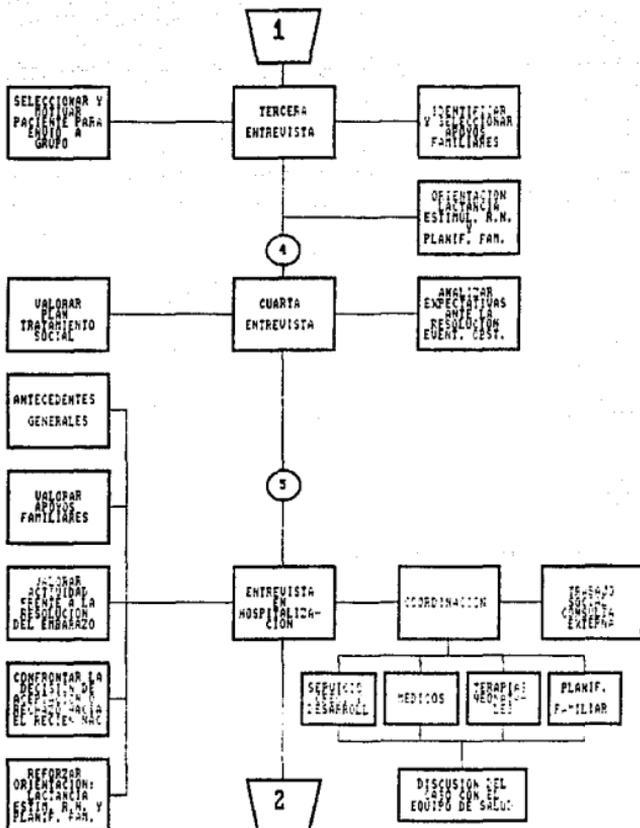
FLUJOGRAMA CLINICA DE ESTERILIDAD



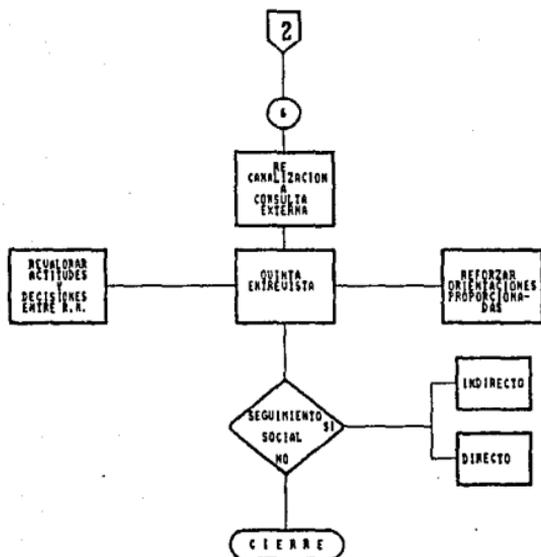
FLUJOGRAMA CLINICA DE ADOLESCENTES



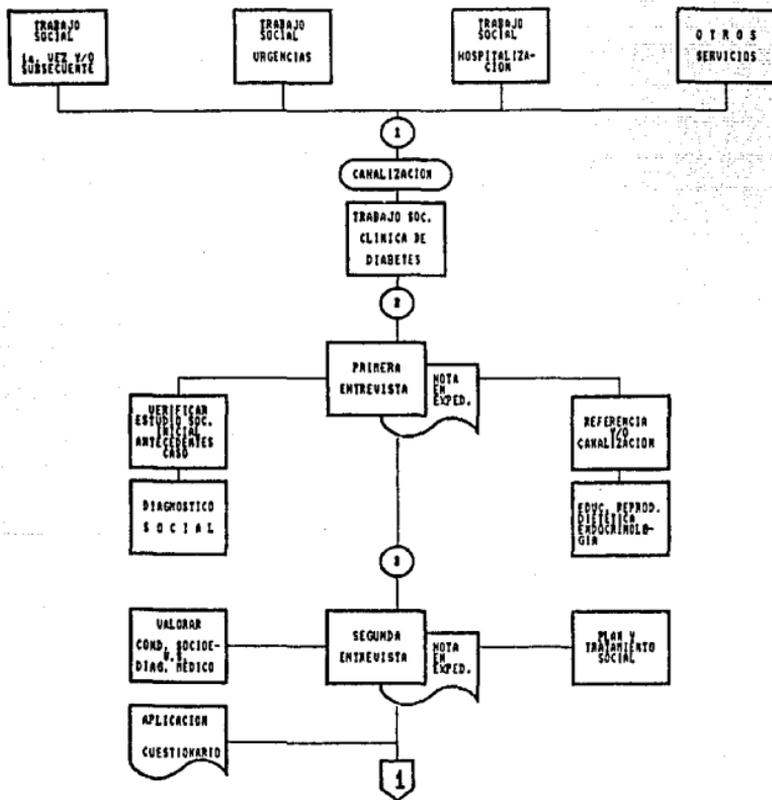
FLUJOGRAMA CLINICA DE ADOLESCENTES



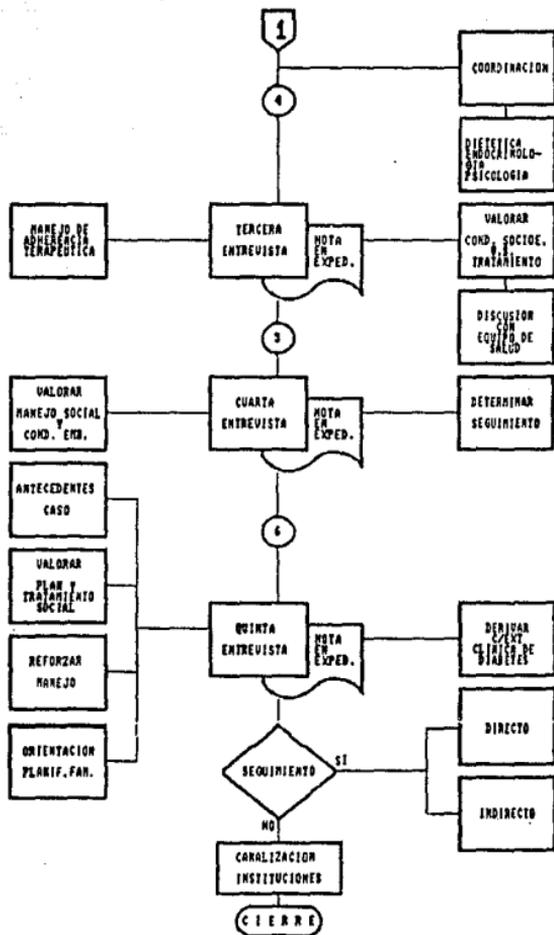
FLUJOGRAMA CLINICA DE ADOLESCENTES



FLUJOGRAMA CLINICA DE DIABETES



FLUJOGRAMA CLINICA DE DIABETES



4.5 FUNCIÓN Y ORGANIZACIÓN

Para constituir el modelo de intervención se estructuraron cinco proyectos que trataban problemas diferentes pero iguales en magnitud e importancia: en ellos se plantearon tres funciones a seguir:

1.- INVESTIGACIÓN EN TRABAJO SOCIAL.

A través de la investigación, se pretende conocer la magnitud real del problema y su interrelación con el entorno social.

Actividades:

- a) Realizar estudio social completo, aplicación de cuestionario
- b) Entrevistas estructuradas y no estructuradas, para conocer actitudes de la paciente
- c) Entrevista a familiares (o pareja) para conocer actitud y apoyo hacia la paciente.

2.- ENSEÑANZA Y ASISTENCIA.

La educación social nos permitirá crear conciencia y/o motivación hacia el proceso de la reproducción humana

Actividades:

- a) Orientar e informar a cerca de los cambios del embarazo
- b) Canalizar a los servicios de apoyo del INPer:
 - Educación para la Reproducción
 - Psicología
- c) Motivar la superación personal y profesional de la paciente
- d) Valorar planes futuros.

3.- ADMINISTRACIÓN.

Dicha función se efectuará con la finalidad de informar adecuada y oportunamente sobre trámites administrativos intra y extrainstitucionales

Actividades.

- a) Reforzamiento de indicaciones sobre donación de sangre
- b) Orientación sobre trámites hospitalarios
- c) Orientación sobre manejo de la clasificación socioeconómica
- d) Orientación en cuanto a aprovechamiento de recursos de la comunidad. Gestación y canalizaciones extrainstitucionales.

COORDINACIÓN

La coordinación se efectuará en dos niveles :

a) Interno. estableciendo vinculación con la jefatura de Trabajo Social supervisión y trabajadoras sociales de las áreas de consulta externa, urgencias y hospitalización

Se requiere además del enlace con el personal médico, los profesionales del Departamento de Psicología, así como con los de educación para la reproducción, entre otros.

b) Externo, estableciendo comunicación extrainstitucional con personal del área de la salud así como con los profesionales del Trabajo Social.

Con todo ello se pretende establecer una participación interdisciplinaria.

SUPERVISIÓN

La supervisión se efectuará de manera periódica y directa, sobre todo en los casos especiales, procurando con ello implementar el proceso de retroalimentación entre el supervisor y el supervisado.

Así mismo se hará uso de la supervisión indirecta en los casos que por naturaleza de las actividades así se requiera.

EVALUACIÓN

Se efectuará de manera periódica y final con base en los objetivos, metas e instrumentos de referencia.

La evaluación periódica se llevará a cabo bimestralmente, entregando un reporte por escrito sobre las actividades realizadas y los logros alcanzados.

La evaluación final, se realizará a término del tiempo establecido para la ejecución del proyecto, considerando cada uno de los puntos señalados en la estructuración del mismo y se presentará por medio de un informe descriptivo en cuanto a lo cualitativo y cuantitativo.

Cabe señalar que cada proyecto contiene criterios de inclusión y exclusión conforme a las características del problema al que se aboque.

4.6 CRITICA AL MODELO

A lo largo del presente trabajo se ha venido señalando la importancia del proceso salud-enfermedad en el ámbito social así como la necesidad de tener presente a dicho sector para proporcionar una atención integral: siendo ello una constante motivación para los profesionistas de esta área por esforzarse en sus propuestas y actividades tendientes a mejorar los procesos metodológicos que permitan hacer de su intervención un actuar científico.

En el caso particular del Trabajo Social es bien sabido que al carecer de una teoría propia ha tenido que valerse de la teoría de otras disciplinas de las Ciencias Sociales. sin embargo, dicha carencia ha implicado un reto para los profesionistas del Trabajo Social por hacer de su práctica cotidiana la manera mas próxima para obtener elementos suficientes que le permitan transformarla en teoría.

El modelo de intervención como resultado de un proceso de sistematización, representa una buena alternativa de hacer de ese trabajo cotidiano una experiencia científica.

Este es el caso de las trabajadoras sociales del INPer, quienes como se ha venido comentando, formaron unas clínicas a las que titularon como "Modelos de Intervención Social en Salud Perinatal". En el capítulo anterior se tocó dicho tema definiendo al modelo como una representación abstracta de cierta parte de la realidad que cuenta con una estructura formada por elementos tomados de esa parte de la realidad y la relación que se da entre ellos. Por lo tanto es la representación simbólica de la aplicación de la teoría a la práctica.

En las instituciones se puede hacer esa representación simbólica mediante la identificación de los componentes del problema, su conceptualización, su dinámica interna y externa, así como el esquema operativo de la intervención.

Sin embargo, como se ha podido observar tales clínicas carecen, en su constitución, de los elementos mínimos esenciales para formar un modelo de intervención, pues como se ha visto en definiciones antes mencionadas, únicamente se tiene la parte de la realidad, captada con el quehacer diario, pero sin establecer la relación que se da entre ellos.

Por lo tanto no se puede hacer una crítica al modelo cuando éste no existe, pues aún cuando la idea era crear un Modelo de Intervención, únicamente se pudo llegar a una investigación de tipo exploratoria que daría paso a una de tipo explicativo y en base a ello conformarían el modelo ideal; sin embargo, durante el desarrollo del trabajo la idea fue transformada de tal manera que carente de visión científica formaron las clínicas del departamento de Trabajo Social designándolas "Modelos de Intervención"

4.7 POSIBILIDADES DE APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL CON NUEVAS EXPERIENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La experiencia de las trabajadoras sociales del INPer destaca la posibilidad de hacer que la práctica diaria se convierta en elementos transformadores de la misma y aún cuando la palabra "Modelo" sea utilizada para disfrazar un programa o un proyecto, si es empleado como corresponde, esto es, teniendo presente su metodología, puede lograr que la intervención del profesional sea más completa y más eficaz, de tal manera que se convierta en un proceso enriquecedor para la profesión así como en una mejor atención para quienes van encaminadas las acciones del trabajador social.

Es por ello que se estima conveniente retomar de la experiencia de las trabajadoras sociales del INPer la organización y preparación que tuvieron para obtener datos que les permitieran pasar de una investigación exploratoria, que fue lo único a lo que se llegó, a una investigación explicativa y así hasta crear un modelo de intervención bien fundamentado tanto en las necesidades reales de la población que se atiende, como desde el punto de vista teórico metodológico: de tal manera que sea un verdadero proceso productivo para el Trabajo Social y para la Institución, específicamente a la población que recibirá los beneficios de una atención integral eficaz.

Cabe señalar que los Modelos de Intervención no son exclusivos de un sector en particular. La experiencia de la cual se ha venido escribiendo se desarrolló en el ámbito de la salud, siendo un ejemplo claro para efectuar nuevas experiencias en el mismo ámbito pero teniendo presente las diferencias antes mencionadas, bien sea para corregirlas o bien para no cometer los mismos errores.

4.8 APORTES AL TRABAJO SOCIAL

A lo largo del presente documento se han señalado las carencias teórico-metodológicas detectadas en la construcción de los modelos de intervención. llegando incluso a la conclusión de que solo son proyectos: sin embargo, uno de los problemas mas grandes de la profesion es que no se tiene tiempo para ver si la intervencion es adecuada o puede reportar datos importantes para formar una teoria propia para el Trabajo Social.

Por lo anterior el principal aporte de las trabajadoras sociales del INPer a la profesion fue la idea generadora de los "Modelos". ya que sin olvidar la funcion asistencial trataron de desarrollar la funcion de investigacion cumpliendo como ya se mencionó con las necesidades institucionales y profesionales, cabe señalar la buena organizacion que se tuvo para efectuar al mismo tiempo dichas funciones.

Representa un ejemplo a seguir las clinicas mencionadas por grupos del Trabajo Social de diferentes instituciones, sin ser exclusivos del ambito de la salud. Por lo tanto solo resta decir que lo valioso y verdaderamente importante de estos proyectos son la idea y la organizacion del trabajo que las llevó a constituir la investigacion exploratoria

CONCLUSIONES

Después de haber revisado cuidadosamente los documentos relativos a las clínicas del Departamento de Trabajo Social del INPer y de haber estudiado todo aquello que se relaciona con el Modelo de Intervención se puede concluir lo siguiente:

1) A pesar de que existe información sobre la "Salud Perinatal", resultó difícil tener acceso a ella debido a que la literatura sobre esta área no es explícita sino hasta los años más recientes, anteriormente había sido adoptada como rama de la pediatría y/o de la obstetricia, dependiendo quién la definiera; dificultando con ello encontrar un concepto preciso del término literal, sin embargo, a través de diferentes lecturas se concluyó que la Salud Perinatal es: Una manifestación del proceso de adaptación física, biológica, psicológica y social de la mujer sana en edad de procreación, durante el embarazo, parto, en la expulsión de la progenie, en el amamantamiento del nuevo ser, de su estímulo temprano y adecuado para un mejor desarrollo del sistema nervioso y de los procesos que conllevan a un mejor crecimiento y desarrollo del recién nacido.

2) La salud perinatal en México ha sido considerada en las dos últimas décadas un elemento importante para abatir las tasas de morbi-mortalidad perinatal.

3) El gobierno de la República a través de la Secretaría de Salud ha puesto en marcha las políticas instrumentadas, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Plan Nacional de Salud donde se le da prioridad a la atención Materno-Infantil

4) Mediante el cumplimiento especializado de las funciones de asistencia, enseñanza e investigación, el INPer se ha constituido en un centro de alta especialidad en la atención de embarazos de riesgo elevado, siendo el primero de su tipo en América Latina.

5) Se ha comprobado que para entender e intervenir en el proceso salud-enfermedad es indispensable tener presente el ámbito social en que se encuentran los individuos

6) La forma principal más idónea, de participar en el proceso salud-enfermedad por parte de las Ciencias Sociales, es a través de la investigación sociomédica.

- 7) El Trabajo Social como disciplina de las Ciencias Sociales se encuentra comprometido, por todo su bagaje histórico, de intervenir en la investigación sociomédica
- 8) El Trabajo Social ha sido una profesión que ha contado con sobrados elementos prácticos y muy pocos teóricos, dejando de lado los momentos reflexivos sobre dicha práctica
- 9) Si la práctica no cuenta con bases científicas como lo es la investigación, resulta imposible sistematizar la práctica y aún más crear Modelos de Intervención
- 10) A cada proceso de investigación le corresponde uno de sistematización que permita destacar los alcances y las carencias detectadas en la práctica
- 11) Indudablemente la sistematización representa una opción para el profesional del Trabajo Social por efectuar un análisis de su práctica y hacer de ella una experiencia provechosa tanto para la institución donde se desenvuelve la práctica, para la comunidad que demanda la intervención de Trabajo Social y para la misma profesión
- 12) Por lo tanto si las clínicas del Departamento de Trabajo Social del INPer basaron su intervención solo en la investigación exploratoria que realizaron, no se puede llamar a dicha clínica "Modelos de Intervención Social"
- 13) Los Modelos de Intervención son la representación abstracta de la aplicación de la teoría a la práctica, siendo integrados en el Trabajo Social por una estructura teórica esquemática, apoyada en su formulación por diferentes teorías sociales surgidas de la práctica y a través de ella se verifican y reconstruyen
- 14) El Instituto al ser un centro de alta especialidad en la atención de embarazos de alto riesgo recibió, en 1990, a mujeres con muy diferentes padecimientos, de los cuales, el Departamento de Trabajo Social retomó los cinco más frecuentes en base a los diagnósticos médico y social por representar además de un problema biológico una problemática social severa siendo este el caso de la diabetes, el VIH, las adolescentes embarazadas, la esterilidad y el abuso sexual.
- 15) A pesar de que las clínicas atienden padecimientos totalmente diferentes en su estructura están integradas de manera uniforme,

compartiendo el mismo objetivo, la metodología y los procesos de evaluación.

16) La supervisión representa parte importante para la elaboración de un trabajo científico involucrando en ello la investigación, la sistematización y la formación de Modelos de Intervención, pues si desconoce los procedimientos básicos para efectuar un trabajo de nivel explicativo, nunca se podrá hacer de su labor cotidiana una situación productiva, tanto para la Institución como para el Trabajo Social.

17) A pesar de las carencias detectadas, cabe señalar que es difícil encontrar en las instituciones de salud interés y compromiso por hacer más productiva su práctica cotidiana, por lo que es justo destacar el esfuerzo realizado en el INPer.

18) Finalmente a través del análisis se pudieron destacar las siguientes situaciones:

- Las clínicas carecen de un marco histórico-social que ubique el contexto y los procesos sociales que rodearon la elaboración del trabajo y que de alguna manera pudieran influir en la aparición del mismo problema.

- No cuentan con una fundamentación teórica que avale su existencia dentro de la disciplina tanto en el nivel teórico como en el de la práctica.

- El proceso metodológico que elaboraron, aún cuando es uno solo adaptado a cada clínica, y se encuentra perfectamente detallado, al igual que el esquema operativo, la función y la organización; no logra discriminar o diferenciar la especificidad de cada grupo de pacientes, por tanto la intervención tampoco es específica

SUGERENCIAS

Después de haber analizado el trabajo hecho por las trabajadoras sociales del INPer y haber constatado que sus clínicas llegan a representar únicamente el inicio para la construcción del Modelo, como se mencionó en capítulos anteriores el programa solo llegó a una fase exploratoria, por lo que se pretende hacer algunas sugerencias que permitan retomar dicho trabajo y complementarlo, dándole bases científicas para llegar finalmente a su objetivo por lo que se sugiere:

- Enmarcar debidamente su práctica en conceptos relacionados con la salud perinatal, permitiendo con ello profundizar más en este tema e involucrarlo con las Ciencias Sociales
- Realizar lecturas y participar en cursos de actualización referente a la metodología de investigación así como a la sistematización y Modelos de Intervención
- Reorganizar su práctica partiendo de la investigación exploratoria a la que llegaron, elaborar el marco teórico conceptual que le corresponde, continuar el proceso requerido para concluir una investigación explicativa, proponer un Modelo de Intervención que mas adelante pueda ser sistematizado y en base a ello reorientar dicho modelo.
- Si se va a hacer un Modelo general para aplicar a las clínicas, dentro de éste mismo se debe estructurar un marco conceptual particular al diagnóstico médico social correspondiente
- Como experiencia nueva resulta fácil comprender la posibilidad de error, sin embargo, las situaciones que lo generaron pueden ser retomadas para evitar su presencia en otras experiencias
- Con una mejor organización en el equipo de trabajo las clínicas pueden ser reestructurados, partiendo de la fase exploratoria a la que llegaron inicialmente, siendo lo anterior una de las tareas principales de la supervisión en Trabajo Social dado que en las instituciones publicas el Trabajo Social tiene una gran responsabilidad ya que gran parte de sus actividades estan abocados a ser intermediario entre la población demandante de un servicio y la institución; por lo que es necesario evitar que esas actividades se realicen de manera espontanea ya que para el logro de las

políticas y los objetivos de la institución es necesario que la ejecución de las acciones estén debidamente orientadas tanto por los instrumentos programáticos como por los procesos flexibles los cuales establezcan un control sobre las situaciones previstas así como las imprevistas, ya que por medio de ese control se les detectara, pretendiendo darles una respuesta adecuada y oportuna como se hizo con las primeras.

- La supervisión se vuelve entonces un elemento importante para la programación, ejecución y control de los hechos tendientes al logro de los objetivos y metas de la institución, así como a la comprobación de la eficacia operativa de las acciones desarrolladas. "Por lo tanto la supervisión es un elemento de gestión importante que permite retroalimentar el proceso del conocimiento del hecho o problema sobre el cual se interviene, así como evaluar y corregir con base en las alternativas diseñadas al respecto; es por ello que se insiste en establecer procesos adecuados de supervisión, además en el caso particular del Trabajo Social mucho se ha hablado de lo joven que es la profesión y por lo mismo de las carencias teórico-metodológicas que ello conlleva, sin embargo, entre más se oriente y vigile la práctica, mayores experiencias y aportaciones generara para adecuados procesos de investigación-sistematización, programación-intervención, control-evaluación y teorización.

- Una vez explicada la importancia de la supervisión se mencionaran brevemente los elementos que la constituyen. Iniciando con la definición mas acertada que se encontró sobre supervisión la cual se entiende como "Un proceso dinámico y permanente: Educativo, administrativo y técnico que permite al supervisor y supervisado visualizar los problemas en el área de trabajo e implementar estrategias de intervención profesional".

- Esto significa que son una serie de hechos relacionados consecutivamente para interpretar y comprender en cada momento los fenómenos que ocurren, el cómo y el porqué. Es un proceso educativo porque a través de él el profesional aprende a aplicar sus conocimientos teóricos sobre las acciones a realizar; al mismo tiempo es un proceso administrativo porque se proveen las

funciones, actividades e instrumentos a utilizar, así como de medios técnicos, para cumplir con los objetivos planteados y medir a través de los resultados el rendimiento del supervisor y supervisado.

- Con respecto a la visualización de problemas se logra hacer mediante el conocimiento de la realidad en que se actúa donde se identificaron los problemas objeto de intervención así como su definición, después, se seleccionarán las formas de acción que respondan en forma adecuada, eficaz, sistematizada y metódica.

- Finalmente cabe agregar que algunos planes de estudio para nivel licenciatura de Trabajo Social no profundizan en la importancia de temas como la investigación a todos niveles, la sistematización y los Modelos de Intervención, sin embargo, se les debe dar mayor realce, pues situaciones como estas ocasionan que se realicen trabajos incompletos como lo fue la experiencia de las trabajadoras sociales del INPer. Por lo que es conveniente tenerlas presentes si no es posible a nivel licenciatura, por lo menos en algún posgrado.

PROPUESTA

Después de haber efectuado el análisis de los "Modelos de Intervención Social en Salud Perinatal" y llegado a la conclusión de que carecen de elementos teóricos, se considera necesario reiterar que a cada proceso de investigación le corresponde uno de sistematización y éste último no es solo una serie de ordenamiento de la información, como se ha manejado, sino además es un proceso de análisis de la práctica, por lo tanto, se propone a la Estrategia Teórico-Metodológica como proceso de análisis de una experiencia de Trabajo Social en cualquier área de intervención, pues la generalidad de la propuesta permite su particularización y su procesamiento para llegar a una teorización de la práctica de Trabajo Social dentro de cualquier estrategia a la que se haya incorporado, llámese Trabajo Social de caso, grupo o comunidad.

Esto quiere decir que el Trabajo Social se encuentra integrado por un conjunto de estrategias teórico-metodológica designadas trabajo social de caso, grupo y comunidad, listas a desarrollar en cualquier área de intervención.

Dichas estrategias tienen una estructura común la cual cuenta con tres componentes:

1) *Referencia Teórica:* Es el conjunto de categorías y conceptos que aportan una definición de la sociedad, una concepción de las relaciones fundamentales que sustentan su organización y una concepción de la historia; desde las cuales se interpreta y significa el campo al de intervención profesional".⁷³

En este apartado aparecen categorías y conceptos del problema o tema de análisis tomados de teorías sociales que lo han estudiado y desde luego que la persona que efectúa el análisis esté de acuerdo.

Este mismo punto incluye la referencia histórico-política la cual contemplará la coyuntura histórica en la que surgió la estrategia y las perspectivas ideológicas que guiaron las líneas de acción para la atención del problema social.

⁷³ García Solard, Susana. "La especificidad del Trabajo Social" EMTS-UNAN, 1986 PP. 73

2) *Definición de la Especificidad de Trabajo Social:* Es el componente de la estrategia que surge en estrecha relación con las referencias anteriores, dado que en base a ellas se conceptúa explícita o implícitamente a Trabajo Social, al objeto de intervención; así como los objetivos específicos y la función social de la intervención del problema.

En la realización de un análisis es muy importante tener clara la conceptualización del Trabajo Social desde la cual se aborda el problema, es importante porque destacaría como se inserta el Trabajo Social en abordaje del problema su finalidad, objetivo de intervención así como la justificación del problema como objeto de estudio del Trabajo Social.

También es de considerar la relación que se establece entre el trabajador social, los sujetos portadores de recursos y los portadores de necesidades. Se les debe conceptualizar mediante una descripción y análisis de los rasgos o aspectos determinantes de cada uno de los componentes desde una perspectiva conceptual e histórica; destacando aquello que influyó en ellos como resultado del tipo de intervención decidida por el trabajador social.

3) *Los Procedimientos:* Surgen de los puntos anteriores (generalmente llamado método o metodología). El componente de los procedimientos articula una serie de etapas, cada una de las cuales se compone de un conjunto de actividades y las técnicas correspondientes.

Que este componente se derive de los anteriores significa que la selección de etapas, actividades y técnicas, no es arbitraria o casual; ni que responde a un criterio designado como científico; sino por el contrario implica un criterio de construcción del procedimiento, el cual se desprende del sentido dado por la finalidad misma que articula la estrategia global

COMPONENTES BASICOS DE LA ESTRATEGIA TEORICO-METODOLOGICA

FUNDAMENTOS	PROCEDIMIENTOS	ESPECIFICIDAD PROFE.
Referencia Teórica	(Método) Etapas: Actividades Técnicas Productos	Definición de T.Soc. Objeto de interven. Objetivos especific. Función Social

Este apartado se encuentra determinado por: el objeto de intervención, su finalidad, las condiciones históricas contextuales, la conceptualización del problema y de la intervención de Trabajo Social. La definición y selección de objetivos, técnicas y actividades depende de la construcción hecha por los elementos ya mencionados; cabe señalar que para cada experiencia corresponde un procedimiento, debido a que de ello depende la relación epistemológica existente entre los conocimientos e historia personal e ideológica del profesional tanto como por los factores internos y externos del objeto de intervención y la relación que establece objeto-sujeto.

Finalmente se efectuará el análisis del proceso operativo de la intervención, el planteamiento inicial y las modificaciones hechas conforme a los elementos ya mencionados.

Para concluir el saber del Trabajo Social está integrado por **estrategias** "En cuanto que toda elaboración va dirigida a orientar una acción"⁷⁵

"Un punto importante dentro de la estrategia para la construcción del saber especializado es que la operacionalización del saber no contempla la producción de conocimientos en base a la recreación de la experiencia profesional, sino que sólo contempla el estudio del problema donde se debe intervenir en cada circunstancia"⁷⁶.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Sculliate López, Elizabeth, "El caso práctico" mimeo pp. 8

⁷⁶ Barata Balard, Susana, op. cit. pp. 38

"Las Estrategias contemplan solamente la producción de los conocimientos necesarios (e inmediatos) para la elaboración del diagnóstico, que sirve de base para la planificación de la intervención en cada circunstancia en que se va a intervenir"

Finalmente se propone el siguiente Modelo de Intervención, producto del análisis realizado a las clínicas, para ser considerado y modificado conforme a las correcciones que pudieran hacer a su trabajo original.

MODELO DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN SALUD

I. INVESTIGACIÓN: (específica)

- Delimitación del problema social
- Elaboración del marco teórico-conceptual
- Formulación de objetivos e hipótesis
- Operacionalización de hipótesis
- Construcción y aplicación de instrumentos

II DIAGNÓSTICO:

- Interpretación de resultados
- Análisis estadístico

III CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

- Histórico, económico, político y social
- Sector salud (institución)
- Plan Nacional de Desarrollo
- Programa Nacional de Salud
- Programas y proyectos institucionales

IV PROGRAMACIÓN

- Determinación del método de intervención caso
grupo
comunidad
- Diseñar atención específica a corto plazo y especializado por un período más largo

- *Diseñar atención oportuna a nivel interdisciplinario a los usuarios contextualizados en su núcleo*
- *Efectuar actividades de asistencia, enseñanza e investigación*

V. EJECUCIÓN

- *Desarrollo de la metodología correspondiente*
- *Desarrollo de acciones*
- *Supervisión*

VI EVALUACIÓN

- *Objetivos, metas*
- *Acciones*
- *Resultados*

VII SISTEMATIZACIÓN

<i>1 Descripción</i>	<i>5 Estrategias teórico-metodológicas</i>
<i>2 Ordenamiento</i>	<i>6 Resultados</i>
<i>3 Clasificación</i>	<i>7 Generalización</i>
<i>4 Correlación</i>	

ANEXO 1

RELACIÓN DE LAS DISCIPLINAS SOCIALES CON EL PROCESO DE
SALUD-ENFERMEDAD

<u>CIENCIAS SOCIALES</u>	<u>OBJETO DE ESTUDIO EN LA SOCIEDAD</u>
ANTROPOLOGÍA	Estudio de la conducta social del hombre contemporáneo.
DEMOGRAFÍA	El análisis estadístico y la descripción de los grupos de población con referencia a la distribución de fenómenos vitales, edad, sexo, edo. civil bien en un momento dado o sin consideración temporal
ECOLOGÍA HUMANA	Trata las relaciones recíprocas entre el individuo y su medio; dentro de las ciencias sociales comprende la geografía humana, que es el estudio de las relaciones recíprocas directas entre los individuos y su medio físico
HISTORIA	Crónica del pasado y disciplina que lo investiga y lo narra de acuerdo con ciertos métodos probados
POLÍTICA	Actitud consecuente respecto a la orientación del control social, ya sea en relación con sus objetivos o con sus métodos. Esta actitud puede ser explícita y declararse así incluso por los que mantienen esas políticas
PSICOLOGÍA	Estudio científico de los procesos psíquicos del hombre considerado como socius o ser social
SOCIOLOGÍA	Se encuentra en el estudio de las correlaciones y consecuencias sociales de los procesos biológicos de la herencia, la variación, la selección y reproducción de las poblaciones humanas

<p>ECONOMÍA</p>	<p>Estudio de la estructura de los medios efectivos y deseables para organizar, conservar y utilizar los recursos sociales (innominados, animados y super orgánicos) empleando como criterios el bienestar orgánico de la comunidad y de los niveles de vida normales de los individuos y familiares, organización y utilización efectiva de los recursos sociales en materiales y energía en cualquier habitat económico, área nación o unidad cultural determinada.</p>
<p>TRABAJO SOCIAL</p>	<p>Disciplina de las ciencias sociales que mediante una metodología científica, contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de una comunidad.</p>

PRESENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CADA CLÍNICA DE ATENCIÓN SOCIAL

ANEXO 2

METODOLOGIA DEL PROYECTO VIH

FUNCION: ASISTENCIA

OBJETIVO: Brindar una atención especializada integral a aquellas mujeres que cursen un embarazo con VIH+, o bien que sea el compañero portador de ese virus.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Efectuar la entrevista a paciente y/o familiar	-Evaluar la actitud de la paciente y/o familiar ante el embarazo y su diagnóstico de VIH -Valorar apoyos familiares existentes	-Entrevista estructurada y no estructurada.	-Estudio social inicial -Cuestionario -Expediente clínico.
-Efectuar entrevista subsecuente a pacientes y/o familiares	-Elaborar estudio social de caso a fin de valorar actitud de pareja y familia hacia la paciente así como repercusiones en la dinámica de pareja y familia respecto al padecimiento. -Analizar y comprender la naturaleza del problema en función de las repercusiones sociales y afectivas que enfrenta la paciente.	-Entrevista estructurada y no estructurada -Observación	-Estudio Social completo -Expediente clínico

-Derivar pacientes a los servicios especializados para su atención. (Infectología; Medicina preventiva; Psicología y Planificación Familiar)	-Favorecer la atención integral de la paciente	-Coordinación -Discusión de casos	-Expediente clínico -Carnet de citas
-Gestionar ayuda psico-terapéutica	-Ofrecer el recurso de atención psicológica y a su vez, sensibilizar a la paciente sobre la necesidad e importancia de utilizarla dadas sus condiciones de salud	-Entrevista -Observación -Coordinación -Motivación	-Expediente clínico
-Orientar sobre servicios extramuros existentes	-Dar a conocer los recursos con los que cuenta la paciente para la atención de su padecimiento	-Entrevista -Comunicación	-Material impreso -Directorio institucional
-Coordinación con los servicios especializados	-Vigilar la asistencia a los servicios de base a fin de evitar la deserción de la paciente y favorecer su atención integral especializada	-Comunicación -Discusión de caso	-Expediente clínico -Carnet de citas

<p>-Realizar acciones de reconquista a pacientes desertoras del programa</p>	<p>-Integrar a la paciente al manejo especializado que requiere</p>	<p>-Entrevista -Visita domiciliaria</p>	<p>-Libreta de control -Diario de gabinete -Informe diario de control de asistencia -Expediente clínico -Carnet de citas</p>
<p>-Realizar seguimiento de caso en el área de hospitalización</p> <p>-Localización de familiares en los casos que así se requieran</p>	<p>-Valorar la actitud de paciente-pareja-familia ante la conclusión del evento reproductivo -Confrontar las circunstancias actuales contra la condición del padecimiento -Coordinación con el equipo interdisciplinario a fin de valorar manejo -Promover los vínculos familiares a fin de definir apoyos necesarios</p>	<p>-Entrevista -Coordinación -Discusión de casos</p> <p>-Comunicación -Entrevista</p>	<p>-Expediente clínico</p> <p>-Expediente clínico</p>

FUNCION: EDUCACION

OBJETIVO: Participar en el proceso educativo, promoviendo en la paciente, pareja y familia, el aprovechamiento de los recursos intra y extrainstitucionales, brindando información específica en relación al VIH+ y el evento obstétrico y sus implicaciones sociales.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TECNICA	INSTRUMENTO
-Orientar, informar y motivar respecto a los diferentes servicios institucionales	-Dar a conocer la importancia y necesidad de la utilización de los servicios existentes necesarios para su atención	-Comunicación -Entrevista -Difusión	-Material informativo
-Orientar e informar respecto al evento obstétrico y su condición de salud	-sensibilizar y ubicar a la paciente-pareja y familia en cuanto a su realidad actual	-Entrevista -Observación	-Expediente clínico
-Motivar a la paciente respecto a su adherencia terapéutica	-Integrar a la paciente a trabajar conjuntamente con los profesionales especializados	-Entrevista -Coordinación -Discusión de casos	-Expediente clínico
-Orientación, información y motivación respecto a su control de la fertilidad	-Crear conciencia respecto a las repercusiones biopsicosociales en cuanto a futuros eventos obstétricos y su riesgo en relación al padecimiento	-Entrevista -Comunicación	-Material audiovisual -Material impreso

FUNCION: INVESTIGACION

OBJETIVO: Identificar las condiciones socioeconómicas y culturales de la paciente con VIH+, así como las repercusiones emocionales y familiares que se presentan ante dicha problemática.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
-Identificar las formas de contagio en las pacientes y su relación en las repercusiones de pareja y familiares	Revisión documental	-Fichas hemerográficas y bibliograficas y de trabajo
-Identificar los tipos de apoyo que la paciente tiene en relación a su padecimiento	Entrevista estructurada y no estructurada	-Guía de entrevista
-Conocer en qué casos la paciente ha informado sobre su padecimiento identificando a qué personas	Observación y encuesta	-Cédula de cuestionarios libretas de control de registro; diario de gabinete
Conocer el tipo de información que la paciente tiene respecto al padecimiento -Identificar en qué casos la paciente tenía conocimiento del padecimiento al momento del embarazo -Identificar en que casos la mujer y su compañero tiene el mismo padecimiento -Conocer el tipo de actitud de la mujer con VIH+ en relación a su evento obstétrico -Identificar las repercusiones en la estructura y dinámica familiar de la paciente con VIH+	Análisis cuali-cuantitativo	-Cédula de codificación; cuadros codificados -Reporte de investigación

ACTIVIDADES	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> -Conocer el tipo de estabilidad y dinámica de pareja antes y después del conocimiento de la enfermedad -Identificar estabilidad y tipo de ocupación y/o actividad de la paciente-compañero -Conocer si la situación económica de la paciente permite el control y tratamiento que requiere -Investigar en que medida el padecimiento afecta su condición laboral -Investigar el tipo de vínculo y coexistencia con la familia de origen 		
<ul style="list-style-type: none"> -Investigar en qué porción de casos existe pareja estable o no. -Investigar el tipo de sexualidad del compañero -Investigar el tipo de actitudes que el equipo de salud presenta ante la paciente con VIH+ 		

ANEXO 3

METODOLOGIA DEL PROYECTO DE ABUSO SEXUAL

FUNCION: ASISTENCIA

OBJETIVO: Brindar una atención especializada a todas aquellas mujeres que cursan con un embarazo producto de abuso sexual.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TECNICA	INSTRUMENTO
Efectuar la entrevista a pacientes y/o familiares	-Evaluar el impacto en relación al embarazo producto del abuso sexual, tanto en ella como en la familia -Valorar los recursos con los que cuenta y sus expectativas	-Entrevista no estructurada y estructurada.	-ESI -Cuestionario -Expediente clínico
Efectuar entrevistas subsecuentes, pacientes y/o familiares	-Elaborar el estudio social del caso para valorar los recursos familiares y económicos existentes	-Entrevista no estructurada y estructurada -Observación	-Estudio Social completo
Orientar respecto a los recursos intrainstitucionales	-Buscar la optimización de la eficiencia de los servicios de apoyo	-Comunicación entrevista, observación	-Material informativo impreso (folletos)
Referir a instituciones correspondientes	-Establecer coordinación a fin de contribuir a la atención de la paciente	-Coordinación -Entrevista	-Oficios -Resumen clínico -Resumen social -Directorio institucional -Código civil -Código penal

Realizar acciones de reconquista a pacientes desertoras del programa	-Integrar a los pacientes al manejo especializado que requiere.	-Entrevista - Visita domiciliaria	-Libreta de control -Diario de gabinete -Informe diario de control de asistencia -Expediente clínico
Derivar pacientes a los servicios especializados para su atención (psicológico, planificación familiar, educación para la reproducción)	-Favorecer la atención integral de la paciente	-Coordinación - Discusión de caso	-Expediente clínico -Carnet de citas
Realizar seguimiento de caso en el área hospitalaria	-Valorar el impacto ante la conclusión del evento reproductivo en la paciente y familia. -Confrontar la situación actual ante expectativas y recursos.	-Entrevista -Observación -Discusión de caso	-Expediente clínico
Localizar familiares en los casos que así lo requieran.	-Promover y/o favorecer los recursos familiares potenciales para la atención integral de la paciente	-Comunicación -Entrevista -Observación	-Medios de comunicación (vía telefónica y/o gráfica) -Envío de citatorios
Establecer coordinación con los servicios de la base (psicología y P.F)	-Analizar el manejo proporcionado a fin de favorecer su atención integral	-Comunicación -Discusión	-Expediente clínico -Libreta de control de pacientes de trabajo social

FUNCION: EDUCACION

OBJETIVO: Participar en el proceso educativo a través de la promoción y optimización del aprovechamiento de los recursos extrainstitucionales brindando información específica en relación al evento reproductivo producto de abuso sexual.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TECNICA	INSTRUMENTOS
Orientar, informar y motivar respecto a los diferentes servicios y programas de apoyo	-Promover los servicios y programas existentes institucionales.	-Comunicación -Entrevista -Difusión	-Material informativo impreso (folletos)
Orientar e informar al evento obstétrico en su condición de víctima de abuso sexual	-Ubicar y sensibilizar a la paciente en cuanto a su realidad actual	-Entrevista	-Expediente clínico
Orientar legalmente	-Proporcionar información respecto a gestorías extra-institucionales a fin de aprovechar los recursos existentes	-Entrevista	-Directorio institucional -Código civil -Código penal
Orientar, informar y asesorar en cuanto a procedimientos legales del registro civil	-Sensibilizar e informar a la paciente, respecto a su condición civil, así como a la del propio recién nacido	-Entrevista -Discusión del caso	-Expediente clínico -Material impreso -Código civil -Código penal

Realizar la promoción de la utilización del conocimiento sobre aspectos legales, así como los recursos extra institucionales de apoyo	Participar en el proceso de concientización a fin de propiciar el aprovechamiento de los recursos existentes para beneficio de la paciente y el propio recién nacido	-Comunicación -Entrevista estructurada y no estructurada. -Observación -Coordinación	-Expediente clínico
Favorecer la aceptación del recién nacido en la paciente y/o familiar	Integrar a la paciente y su hijo al núcleo familiar y medio social circundante	-Entrevista -Observación -Discusión del caso	-Expediente clínico
Motivar a la paciente a su adherencia terapéutica.	-Participar en el proceso de concientización respecto al manejo y necesidad del seguimiento de su caso	-Entrevista -Observación -Motivación	-Expediente clínico

FUNCION: INVESTIGACION

OBJETIVO: Identificar los aspectos sociales familiares y legales que intervienen en las mujeres que presentan embarazos derivados de abuso sexual y que son atendidas en el INPer.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
-Definir el tipo de actitud que asume la paciente y la familia ante el embarazo producto de abuso sexual	-Revisión documental -Entrevista estructurada y no estructurada	-Fichas hemerográficas -Fichas bibliográficas -Guía de entrevista
Distinguir en qué proporción de casos el embarazo es totalmente rechazado	-Observación -Encuesta	-Cédula de cuestionario -Libreta de control de registro
-Identificar las repercusiones de un embarazo producto de abuso sexual a nivel familiar y social	-Análisis cuali-cuantitativo	-Diario de gabinete
-Establecer la asociación del tipo de abuso sexual entre el tipo de estructura y dinámica familiar		-Cédula de codificación -Cuadros de codificación -Reporte de investigación
-Analizar en que medio las condiciones habitacionales contribuyen a la comisión del delito		
-Conocer en que proporción de casos la ausencia de la madre por motivos laborales favorece al abuso sexual		
-Conocer la frecuencia o proporción en la que el embarazo es producto de violación o incesto		

<p>-Conocer en cuántos casos se realizó la denuncia del delito</p>		
<p>-Investigar las razones por las cuales el delito no fue denunciado</p>		
<p>-Identificar la relación del parentesco en los casos en la que el agresor es parte de la familia -Investigar los antecedentes de tiempo en relación al inicio de abuso sexual</p>		

ANEXO 4

METODOLOGIA DEL PROYECTO DE ESTERILIDAD

FUNCION: ASISTENCIA

OBJETIVO: Proporcionar atención profesional especializada a las parejas con esterilidad a fin de coadyuvar en su dinámica en relación al tratamiento médico-psicológico-social.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TECNICA	INSTRUMENTO
Realizar entrevista a la mujer	Conocer antecedentes de la mujer y su pareja, la actitud de ambos ante la esterilidad y el nivel de reacción	-Entrevista estructurada -Observación	-E.S.I. -Historia clínica -Cuestionario -Expediente clínico -Informe diario
Efectuar entrevista al esposo	Corroborar antecedentes de la pareja, dinámica, actitud ante esterilidad e impacto, quién desea más el embarazo con el fin de establecer el manejo y seguimiento	-Entrevista estructurada -Observación	-Cuestionario -expediente clínico -Informe diario
Efectuar entrevista a la pareja	Confrontar sobre situación actual, planes y expectativas a fin de buscar en pareja alternativas.	Entrevista -Observación -Comunicación	-Estudio social completo -Expediente clínico.
Derivar a la mujer y/o su pareja a los servicios especializados para su atención (psicología, fisiología de la reproducción)	Favorecer y reforzar la atención integral de la paciente.	-Coordinación -Discusión de caso	-Expediente clínico.

Entrevista a la pareja sin alteración	Reforzar participación e interés de ambos ante tratamiento a fin de favorecer la adherencia terapéutica.	-Entrevista no estructurada y estructurada	-Nota subsecuente -expediente clínico
Orientar a la mujer y/o pareja sobre los recursos institucionales	Buscar la optimización de la eficiencia de los servicios	-Comunicación -Entrevista -Observación	
Realizar acciones de reconquista a parejas que interrumpen los estudios o tratamiento	Integrar a la mujer y su pareja al manejo especificado por el que asiste al INPer	-Entrevista -Informe	-Libreta de control -Localización telefónica o telegráfica -Diario de campo
Mantener coordinación con los servicios de base	Analizar el manejo proporcionado a fin de favorecer la atención integral y especializada	-Comunicación -discusión	-Expediente clínico -Libreta de control de pacientes. cuestionario.

FUNCION: EDUCACION

OBJETIVO: Participar en el proceso educativo de las pacientes y su pareja a través de la promoción, orientación y motivación para la aceptación y manejo de su diagnóstico de esterilidad mediante la atención profesional especializada.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TECNICA	INSTRUMENTO
Proporcionar información individual o de pareja con respecto a los servicios que requiera por su tratamiento	Promover los servicios de la institución	-Comunicación -Entrevista -Difusión	
Orientar, motivar y/o confrontar a la pareja ante el deseo de tener un hijo y su estabilidad.	Encausar a la mujer y su pareja ante la posible alteración en la dinámica a consecuencia del tratamiento médico	-Entrevista estructurada y no estructurada -Individual y a la pareja -Discusión de casos -Canalización a psicología en situaciones agudas	-Expediente clínico -Instrumento de medición -Material bibliográfico para la paciente
Brindar información especializada sobre el proceso, reforzando la permanencia para evitar la deserción	Preparar a la mujer y su pareja ante el proceso que cursa a consecuencia de la esterilidad	-Entrevista estructurada -Discusión de caso con el médico o Ps. y/o psicología y supervisión	-Expediente clínico -Fichero y/o material bibliográfico para la pac. -Libreta de control de pac.
Promover la integración de grupos que permita transmitir información y orientación en materia de condiciones socio-económicas que requiere la pareja en estudio	Participar activamente en la sensibilización de los asistentes, retomando en posterior los casos que requerirán para así permitir una visión más amplia de los requerimientos	-Conferencia -Comunicación -Observación -Entrevista informar	-Instrumentos de apoyo para el manejo de grupos

FUNCION: INVESTIGACION

OBJETIVO: Investigar las condiciones sociales de la pareja estéril y su impacto ante el tratamiento que requiere.

<u>OBJETIVO ESPECIFICO</u>	<u>TECNICA</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Identificar que aspectos de la esfera psicosocial de la mujer y su pareja se ven afectadas debido a la esterilidad.	-Revisión documental -Entrevista estructurada y no estructurada -Observación -Encuesta -Análisis cuali y cuantitativo	-Fichas hemerográficas -Fichas bibliográficas
Analizar en que medida la esterilidad afecta la relación de pareja		-Guía de entrevista -Cédula de cuestionario -Libreta de control de registro
Identificar el tipo de actitud de la pareja ante el tratamiento médico		-Diario de gabinete -Cédula de codificación -Cuadros de codificación -Reporte de investigación
Conocer el índice de deserción y seguimiento en relación al diagnóstico y tipo de tratamiento		
Identificar a que integrante de la pareja afecta de manera importante la esterilidad y su tratamiento		
Conocer la actitud de la pareja ante la posibilidad de Fertilización Asistida		
Conocer en la mujer y pareja el impacto ante el diagnóstico final		

Conocer en los casos de diagnóstico final, la frecuencia de alternativas de adopción		
Identificar en los casos de alternativas de adopción la disposición de la pareja		
Identificar aspectos socio-económicos y culturales de las parejas estériles a fin de obtener un perfil de las mismas		
Conocer la relación entre el tipo de conocimiento respecto a su esterilidad y la disponibilidad hacia el tratamiento		
Conocer en que medida la dinámica familiar afecta o favorece el tratamiento y seguimiento de la pareja estéril		
Investigar como influye el medio externo a causa de la ausencia de hijos en la dinámica familiar		
Investigar en que casos la pareja coincide con el deseo de tener un hijo		

ANEXO 5

METODOLOGIA DEL PROYECTO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

FUNCION: ASISTENCIA

OBJETIVO: Establecer acciones específicas que favorezcan la atención integral de la adolescente embarazada.

ACTIVIDADES	OBJETIVO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Efectuar la entrevista a la paciente	-Valorar la problemática individual de la adolescente ante el evento reproductivo	-Entrevista estructurada y no estructurada. -Observación	-Estudio social inicial -Cuestionario -Expediente clínico
Efectuar entrevistas subsiguientes a pacientes y/o familiares	-Elaborar el estudio social de caso para valorar recursos potenciales y elaboración de expectativas de la paciente.	-Entrevista estructurada y no estructurada. -Observación	-Estudio Social completo -Expediente clínico
Orientar sobre los recursos intra institucionales	-Buscar la optimización de la eficiencia de los servicios de apoyo	-Comunicación -Entrevista -Observación	-Material informativo impreso (folletos)
Realizar acciones de reconquista a pacientes desertoras del programa	-Integrar a la paciente al control y manejo que requiere	-Entrevista -Visita domiciliaria	-Libreta de control -Diario de gabinete -Informe diario de control de asistencia. -Expediente clínico.
Motivar al familiar a participar en el seguimiento de caso	-Integrar a los recursos familiares al proceso del manejo social	-Entrevista -Visita domiciliaria -Comunicación -Observación	-Expediente clínico -Diario de gabinete

Derivar pacientes a los servicios especializados y desarrollo, planificación familiar y educación para la reproducción	-Favorecer la atención integral de la paciente.	-Coordinación -Discusión de caso	Expediente clínico -Carnet de citas
Orientar respecto a los recursos extrainstitucionales	Brindar en los casos necesarios información respecto a las instituciones que puedan favorecer su adaptación e integración	-Entrevista -Coordinación	-Expediente clínico
Realizar seguimiento de caso en el área hospitalaria.	.Valorar la actitud y condición de la paciente con respecto al término de su evento reproductivo	-Entrevista -Observación -Discusión de caso -Coordinación	-Expediente clínico
Orientar a la paciente sobre el trámite de registro civil	-Confrontar a la adolescente ante la expectativa de la forma en que desea registrar al recién nacido y sus diversas implicaciones	-Entrevista -Observación	-Material informativo impreso (folleto)

FUNCION: EDUCACIÓN

OBJETIVO: Participar en el proceso educativo de las pacientes a través de la promoción y optimización de aprovechamiento de los recursos intrainstitucionales brindando información específica en relación al evento obstétrico y su condición de adolescente.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TECNICA	INSTRUMENTO
Orientar, informar y motivar respecto a los diferentes servicios de apoyo.	Promover los servicios y programas existentes institucionales	-Comunicación -Entrevista -Difusión	-Material informativo impreso
Orientar e informar sobre aspectos higiénicos dietéticos a las pacientes adolescentes	-Lograr que la paciente tenga un conocimiento de los cuidados que amerita su evento reproductivo.	-Entrevista -Comunicación	-Expediente clínico
Orientar, informar y motivar para el uso de los servicios de planificación familiar	-Crear conciencia en cuanto a la importancia y necesidad de control de la fertilidad en este tipo de pacientes dado su condición de adolescente	-Comunicación -Entrevista estructurada -Difusión -Observación	-Material didáctico -Material impreso (folletos) -Expediente clínico
Organizar grupos de adolescentes	Realizar actividades educativas que incrementen el conocimiento de la paciente con respecto a su evento reproductivo; condición de madre adolescente; perspectivas de superación	-Técnica de educación -Comunicación	-Lista de asistentes -Registro de participantes -Rotafolio -Material informativo

FUNCIÓN: INVESTIGACIÓN**OBJETIVO: Investigar las condiciones familiares y sociales de la mujer adolescente embarazada**

OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA	INSTRUMENTO
Conocer el tipo de actitud de la paciente y su familia ante el evento reproductivo	Revisión documental	Fichas hemerográficas bibliográficas
Conocer en qué proporción de casos el embarazo es rechazado totalmente por la paciente	Entrevista estructurada y no estructurada	Guía de entrevista
Identificar las causas por las cuales la adolescente es rechazada por la familia debido a su embarazo.		Cédula de codificación cuadros codificados. reporte de investigación .
- Identificar el tipo de información que posee la adolescente respecto a su sexualidad - Conocer el tipo de información que la adolescente tiene en cuanto a métodos anticonceptivos.		
- Identificar el tipo de necesidades de la adolescente de acuerdo a su condición de madre - Conocer la proporción de casos en la que las adolescentes desertan del INPer.		
- Analizar en qué medida la falta de comunicación entre la adolescente y su familia contribuye al embarazo en temprana edad.		

<p>-Establecer la asociación entre la búsqueda de un embarazo a falta de recursos económicos familiares</p>		
<p>Definir el tipo, estructura y dinámica familiar de las adolescentes embarazadas del INPer</p>		
<p>Conocer la frecuencia de edades de las adolescentes embarazadas en el INPer</p>		

ANEXO 6

METODOLOGÍA DEL PROYECTO DE DIABÉTICAS EMBARAZADAS

FUNCIÓN: ASISTENCIA

OBJETIVO: Establecer acciones específicas que apoyen y favorezcan el tratamiento de las pacientes mediante su participación activa

<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>TECNICA</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Efectuar la entrevista a paciente.	-Evaluar, la condición psicosocial de la paciente en relación a su problema de salud (diabetes).	-Entrevista no estructurada y entrevista estructurada. - Observación	-E.S.I. -Cuestionario -Expediente clínico.
Efectuar la entrevista subsecuente a pacientes y/o familiares	-Elaborar el estudio social de caso para valorar los recursos familiares y económicos en relación a su manejo y tratamiento.	-Entrevista no estructurada y estructurada - Observación	-Estudio social completo.
-Orientar respecto a los recursos intrainstitucionales	-Buscar la optimización de la eficiencia de los servicios	-Comunicación -Entrevista -Observación	-Material informativo impreso (folletos).
Realizar acciones de reconquista a pacientes desertoras del programa	-Integrar a la paciente al control y manejo que requiere.	-Entrevista -Visita domiciliaria.	-Libreta de control -Diario de gabinete -Informe diario de control de asistencia -Expediente clínico.
Derivar pacientes a los servicios especializados (psic., P.F., Educ., Rep.)	-Favorecer la atención integral de la paciente.	-Coordinación -Discusión de casos.	-Expediente clínico -Carnet de citas.

Realizar seguimiento de caso en el área hospitalaria.	-Valorar la actitud, y condición de la paciente respecto al tipo de manejo médico proporcionado	-Entrevista -Observación -Discusión de casos Coordinación	-Expediente clínico.
Coordinación con los servicios de base (Endocrinología y dietética)	-Analizar el manejo proporcionado a fin de favorecer una mayor integración de la paciente respecto a su tratamiento.	-Comunicación -Discusión	-Expediente clínico -Libreta de control de pacientes de Trabajo Social.

FUNCIÓN: EDUCACIÓN

OBJETIVO: Participar en el proceso educativo de las pacientes a través de la promoción y optimización del aprovechamiento de los recursos intrainstitucionales, brindando información específica en relación al padecimiento de diabetes en el embarazo.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	TECNICA	INSTRUMENTOS
Orientar, informar y motivar respecto a los diferentes servicios de apoyo	-Promover los servicios y programas existentes institucionales	-Comunicación -Entrevista -Difusión	-Material informativo impreso .
Orientar e informar aspectos del evento obstétrico relacionados con el padecimiento	-Sensibilizar a la paciente para lograr su adherencia terapéutica .	-Entrevista no estructurada -Observación	-Expediente clínico
Realizar la promoción de la utilización del conocimiento respecto a su padecimiento y control	Participar en el proceso de concientización a fin de favorecer su tratamiento y control	-Comunicación -Entrevista -Observación	-Expediente clínico
Orientar, informar y motivar para el uso de los servicios de Planificación Familiar	Crear conciencia en cuanto a la importancia y necesidades del control de la fertilidad en este tipo de pacientes .	-Comunicación -Entrevista estructurada -Difusión -Observación.	-Material didáctico -Material impreso (folletos) -Expediente clínico.
Orientar, informar y motivar para el uso del servicio de dietética	-Sensibilizar a la paciente en cuanto a la importancia de acudir a este servicio así como seguir las indicaciones respecto a su alimentación	-Comunicación -Entrevista -Observación	-Expediente clínico -Tablas de alimentación y dietéticas

Organizar grupos de pacientes	-Incrementar la vigilancia y control de las pacientes crónicas tendientes a disminuir los daños y complicaciones.	-Comunicación -Técnicas de educación.	-Lista de asistentes -Registro de participantes crónicas -Rotafolio -Material informativo.
--------------------------------------	--	--	---

FUNCION: INVESTIGACION

OBJETIVO: Identificar que variables socioeconómicas se encuentran relacionadas en el proceso reproductivo de las mujeres diabéticas

<u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u>	<u>TECNICAS</u>	<u>INSTRUMENTOS</u>
Investigar las causas por las cuáles la paciente planea un embarazo a pesar de conocer su padecimiento	-Revisión documental	-Fichas hemerográficas -Fichas bibliográficas
Definir si el factor económico y/o rechazo hacia su diagnóstico médico influyen o no para el cumplimiento del tratamiento médico	-Entrevista estructurada y no estructurada -Observación -Encuesta	-Guía de entrevista
Identificar el tipo de diabetes que se presenta en mayor proporción en el INPer.	-Análisis cuali y cuantitativo	-Cédula de cuestionario -Libreta de control de registro -Diario de gabinete -Cédula de codificación -Cuadros de codificación -Reportes de Investigación
Investigar el grado de conocimiento que tiene la paciente con respecto a su padecimiento		
Enunciar la frecuencia o proporción de pacientes que tenían conocimiento del riesgo que implicaba un embarazo en sus condiciones de salud		
Precisar en qué medida los hábitos alimenticios familiares coinciden con la dieta que debe consumir la paciente		

Investigar si el hecho de que la paciente sea la responsable de preparar los alimentos de la familia ocasiona el incumplimiento de su dieta		
Investigar el tipo de métodos anticonceptivos utilizados previos al embarazo.		
Investigar si el hecho de que la paciente labore repercute en el incumplimiento de su dieta.		

BIBLIOGRAFÍA

- ANDER-EGG, EZEQUIEL. Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad, Ed. El Ateneo, 10 edic., México, 1990 p.329
- BAUTISTA LÓPEZ, ELIZABETH. El Caso Práctico, Div. Est. de Posgrado, ENTS-UNAM, MIMEO México 1990 p.29
- BAUTISTA LÓPEZ Y GALEANA DE LA O, Conceptualización de Trabajo Social, MIMEO, ENTS-UNAM, 1989 p.46
- BARQUIN, MANUEL ET.AL.. Sociomedicina, Ed. Fco. Mendez Oteo, México, 1990 Tomo I
- BRAVO, VICTOR ET.AL. Teoría y Realidad en Marx, Durkheim y Weber, Ed. Juan Pablos, México, 1989 p.151
- CASTELLANOS, MARIA C.. Manual de Trabajo Social, Ed. prensa médica mexicana, Mexico 1986 p.187
- DEVEREUX, GEORGE. De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento, Ed. Siglo XXI, Mexico 1977 p.390
- GAGNETEN, MARÍA MERCEDES. Hacia una Metodología de Sistematización de la Práctica, Ed. Humanitas, Buenos Aires 1985 p.110
- GARCIA SALORD, SUSANA La especificidad del Trabajo Social, ENTS-UNAM, Mexico, 1986 p.94
- GUTIERREZ PANTOJA, GABRIEL, Metodología de las Ciencias Sociales tomo I, Ed. Harla, México, 1984 p.350
- GUTIERREZ PANTOJA, GABRIEL, Op. cit., tomo II, 1986 p.401
- HILL, RICARDO, Caso Individual Modelos Actuales de Práctico, Ed. Humanitas, Buenos Aires, s/f p.142
- KARCHMER K., SAMUEL. Memorias del INPer, 1985-1988

- KATZ, DANIEL. Los Estudios de Campo en los Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972 p.102
- KISNERMAN, NATALIO. La Institución como Objeto de Trabajo, MIMEO México 1990 p.8
- KISNERMA, NATALIO. Salud Pública y Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires, s/f p.231
- MENDOZA, RANGEL, MA. DEL CARMEN. Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales, ed. Humanitas, México, p.135
- MORGAN, MA. DE LA LUZ, QUIROZ, TERESA. Acerca de la Sistematización. cuadernos Celats, no. 11 Lima, Perú. I parte p.85
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud Materno Infantil y Atención Primaria en la Américas, Hechos y Tendencias, publicación científica No.461 OPS 1984 p.135
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 Ed. talleres gráficos de la Nación, México 1989 p.143
- RUDOLPH, ABRAHAM M.. Pediatría I, vol. I E.U.A., 1977 p.315
- ROJAS SORIANO, RAÚL. Crisis Salud, Enfermedad y Práctica Médica. Ed. Plaza y Valdes, México 1990 p.201
- SAN MARTIN, HERNÁN. Salud y Enfermedad. Ed. Prensa Medica Mexicana, México 1975 p.869
- SANCHEZ ROSADO, MANUEL. Elementos de Salud Pública. Ed. Fco. Mendez Cervantes, México 1983 p.292
- SELLTIZ, CLAIRE ET.AL., Metodos de Investigación en las Relaciones Sociales. Ed. Rialp. Madrid 1968 p.304
- SOBERÓN, GUILLERMO. La Protección de la Salud en México, Ed. Porrúa, México 1969 p.410

TERAN TRILLO, MARGARITA. Modelos de Intervención de Comunidad en Trabajo Social. ENTS-UNAM. México. 1988 p.211

TERAN TRILLO, MARGARITA. Perfil Profesional del Trabajo Social en el Área de la Salud. Rev. no. 37, ENTS-UNAM. Mexico 1989 p.84

VAZQUEZ CAMACHO LUIS. El método científico en la investigación en ciencias de la salud.Ed. Fco. Mendez Oteo, Mexico 1987 p.157

VILLAGRANA ZESATI, ROBERTO. Mortalidad Materna, tesis para obtener el grado de especialidad en gineco-obstetricia. INPer. 1988 p.37