

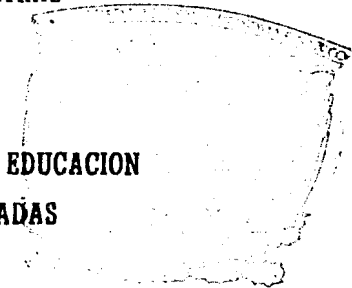


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

415
200

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA

GUIA PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE EDUCACION
PARA LA SALUD EN COMUNIDADES MARGINADAS



☆ ASR. 2 1987 ☆

T E S I S A

Que para obtener el Título de
Licenciado en Pedagogía
p r e s e n t a:

SECRETARIA DE
ASUNTOS ESCOLARES

Voto

[Handwritten signature]

MARTHA PATRICIA VALEK VALDES

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA
COORDINACION

[Handwritten signature]
México, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
I. LA EDUCACION DE ADULTOS.....	10
1.1 Desarrollo.....	11
1.2 Concepción y Orientación.....	13
1.3 Objetivos y Metas.....	14
1.4 Metodología.....	15
1.5 Modalidades.....	16
1.5.1 Educación Formal.....	16
1.5.2 Educación Informal.....	17
1.5.3 Educación No Formal.....	19
II. LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL.....	25
III. PROBLEMATICA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD VINCULADA CON LA EDUCACION PARA LA SALUD.....	30
3.1 Higiene.....	31
3.2 Saneamiento.....	32
3.3 Nutrición.....	34
3.4 Accidentes.....	35
3.5 Farmacodependencia.....	37
3.6 Planificación Familiar.....	38

	PAG.
IV. GUIA PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD	40
4.1 Descripción de la Guía.....	41
4.2 Material de Referencia.....	46
4.2.1 Proceso Salud-Enfermedad.....	47
4.2.2 Educación para la Salud.....	78
4.2.3 Proceso de Enseñanza Aprendizaje en la Educación para la Salud.....	106
4.2.4 Información Sanitaria.....	121
4.2.5 Glosario.....	135
4.2.6 Sugerencias Bibliográficas.....	144
 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	 154
 RELACION DE CUADROS.....	 159
 ANEXO.....	 161

I N T R O D U C C I O N

Las condiciones de salud de la población de nuestro país aún están lejos de ser las adecuadas. El alto índice de enfermedades infectocontagiosas, los numerosos casos de desnutrición, la frecuencia de accidentes y las elevadas cifras de población sin atención médica y recursos sanitarios así lo demuestran (1).

Si bien, en la actualidad se ha logrado un considerable avance en el campo de la medicina, todavía una gran parte de la población carece de asistencia sanitaria. lo que nos de muestra que el camino hacia la resolución del problema de salud no radica exclusivamente en la atención médica basada en los últimos progresos tecnológicos.

Esta situación, al poner en entredicho la teoría y práctica médica prevalecientes, nos o bliga a buscar una vía más apropiada tanto para entender, como para incidir sobre las ver daderas causas o aspectos determinantes de la situación de salud de la población.

A medida que el hombre ha ido transformando las condiciones ambientales y sociales en que vive, ha logrado con ayuda de los avances en el área de la medicina, que algunas enfermedades ya no sean una causa de deterioro, invalidez o muerte del individuo.

Reflejo de lo anterior es que los países desarrollados a diferencia de los subdesarrollados, mediante un mejoramiento en las condiciones de vida especialmente en higiene, medio ambiente, nutrición y educación, han combatido desde finales del siglo pasado, enfermedades que llegaban a alterar en forma sustancial en épocas anteriores su forma de vida.

Tal es el caso de las enfermedades infecciosas, carenciales, gastrointestinales y respi-

(1) F. VEGA y H. MANZANEDO. Bases esenciales de la Salud Pública, 30

ratorias, las cuales representan un serio problema de salud colectiva en los países subdesarrollados. En México por ejemplo, las enfermedades gastrointestinales ocupan actualmente los primeros lugares entre las causas de morbi-mortalidad (2).

El hecho de que la salud en nuestros países esté minada por enfermedades evitables típicas del subdesarrollo y de indudable origen social está relacionado principalmente con la carencia de servicios de agua potable, pavimentación y drenaje, la inadecuada disposición de excretas, la desnutrición, las condiciones de hacinamiento de las viviendas, la insuficiencia de servicios médicos, el bajo nivel educativo en general y de educación para la salud en particular.

De lo anterior se desprende que el estado general de salud de la población está determinado en gran parte por factores relacionados con los niveles de bienestar económico y social.

Es en este sentido que la salud, no obstante ser un bien al que todo ser humano debiera tener derecho, se manifiesta como un proceso social en el que el desequilibrio en la distribución de la riqueza y de los servicios, origina también diferencias en los niveles de salud de la población. Es por esto que el estrato socioeconómico en el que el individuo se encuentre, va a jugar un papel importante en la promoción de la salud. Esto significa que las características socioeconómicas influyen directamente sobre la morbi-mortalidad de los grupos humanos y que su expresión a nivel individual no niega su causalidad social*.

(2) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 33

*Véase F. ORTIZ. Salud en la pobreza, 83 a 86

Los daños más frecuentes a la salud en nuestro país están determinados por las condiciones materiales de vida de la población y por lo tanto no pueden resolverse a través del tratamiento individual. Es necesario tomar medidas de carácter social que modifiquen dichas condiciones.

Bajo esta perspectiva, el punto de partida para lograr un mejor nivel de salud, lo constituye el mejoramiento de las condiciones de vida de la población marginada de los beneficios sociales, especialmente en las áreas de alimentación, trabajo, saneamiento, medio ambiente y educación.

Cualquier intento por mejorar las condiciones de salud de los países subdesarrollados deberá evitar el error de concebir a la salud en abstracto, separada de las funciones concretas que la caracterizan y la definen. Esto implica transformar los modelos biomédicos* que hasta ahora propician una práctica médico-sanitaria desvinculada de la realidad. Como parte de esta transformación, deberá contemplarse el retomar a la educación para la salud como acción eje y fundamental de los programas preventivos que se lleven a cabo.

No obstante que los factores socioeconómicos sean un aspecto determinante en la promoción de la salud, se requiere además la contribución del factor educativo, al ser éste un elemento íntimamente relacionado con el nivel de salud de la población y a quien corresponde por su importancia, estar presente en todas las acciones destinadas a promover la salud. La educación para la salud es una acción que tendrá que ir necesariamente de la mano de la satisfacción de los mínimos de bienestar.

* En este modelo se considera a la salud como fenómeno particular de cada individuo, desvinculándolo de su contexto sociocultural.

La educación para la salud es solamente uno de los factores que contribuyen a la protección y fomento de la salud, sin embargo, es un factor indispensable al coadyuvar en la organización de la comunidad para que enfrente los problemas de salud y al contribuir a responsabilizar al individuo del fomento de la salud individual y colectiva.

Las acciones relativas a la educación para la salud en nuestro país, han resultado insuficientes e inadecuadas, tanto por los exiguos recursos canalizados y el poco interés e importancia que se le ha dado, como por la ausencia de una vinculación con la realidad y de respuestas efectivas a los problemas prioritarios de salud, la falta de coordinación y apoyo de los diversos Sectores de la Administración Pública Federal, las dificultades para lograr la participación de la población por el carácter meramente informativo de sus prácticas y el soslayo de la comunidad como ámbito de aprendizaje.

En la organización, estructuración e instrumentación de las acciones de educación para la salud en México ha habido poca oportunidad de participación de la comunidad para expresar sus necesidades. Generalmente se ha subestimado lo que el individuo y la colectividad representan como un insumo en la solución de los problemas sanitarios.

El enfoque que ha prevalecido en los programas de educación para la salud es el de salud para la comunidad que lleva implícita una actitud paternalista, haciéndose necesario cambiar este enfoque por el de salud por y con la comunidad.

"La comunidad no es un conglomerado amorfo. Es una pluralidad de individuos con intereses comunes que conviven de manera duradera en constante interacción, con unidad histórico social, obedientes a ciertas normas y tradiciones pero, sobre todo, con una conciencia común de grupo"

po, conciencia que da relieve y valor social a la participación de todos en el proceso de desarrollo" (3).

La acción comunitaria es la resultante dinámica de una actitud y de un conjunto integral de actividades para la satisfacción de necesidades comunes, mediante la organización de sus propios recursos y esfuerzos y con el apoyo técnico y material de sectores gubernamentales. Para promoverla, hay que fomentar acciones concretas de educación y organización.

El fomento de la autorresponsabilidad individual y comunitaria exige definir criterios y puntualizar los conceptos sobre los cuales deberán apoyarse las actividades educativas, establecer una nueva técnica de análisis social, crear nuevos métodos educativos y desarrollar modalidades para el desarrollo y participación de la comunidad.

Es necesario crear las condiciones para que la participación en la solución de los problemas de salud sea efectiva y no un mero postulado.

Es todo lo señalado y las experiencias vividas a lo largo de ocho años de desempeño profesional en una institución, que no obstante pertenecer al Sector Salud, carece de criterios unificados para la realización de actividades en el área de educación para la salud, lo que motivó la realización de una Guía para la Elaboración de Programas de Educación para la Salud en Comunidades Marginadas, de tal manera que constituya un apoyo para la realización de las actividades que en esta materia se lleven a cabo con la comunidad.

Esta Guía pretende, a partir de la conceptualización de la salud como un proceso social que refleja el tipo de relación que se da entre el hombre y su medio social, proporcionar los fun

(3) R. VILLARREAL. Participación de la comunidad en los programas de salud, 291

damentos para la elaboración de programas y la realización de actividades en el área de educación para la salud. Es decir, constituye un intento por establecer un marco de referencia que sirva de punto de partida para la planeación y ejecución de acciones en esta área en comunidades marginadas.

Fue elaborada también, con el propósito de que constituya una herramienta de trabajo que pueda ser utilizada para la capacitación de personal y que permita mejorar las acciones que en materia de educación para la salud se lleven a cabo con la comunidad. Asimismo, la Guía por sus características, tiene la finalidad de facilitar, tanto la revisión de los principales aspectos que intervienen en la educación para la salud, como la comprensión y aplicación de los conocimientos, así como de economizar tiempo y dar las pautas para el desarrollo de la creatividad.

En el trabajo presentado, el problema de la educación se aborda desde una perspectiva de explicación teórica general de la sociedad en su conjunto que responde a las condiciones y determinaciones sociales de un cierto momento histórico. La Guía es una propuesta pedagógica inserta dentro del método reflexivo, a través de la cual se pretende promover la reflexión y la crítica. En este sentido, la educación es considerada en este trabajo como una responsabilidad comunitaria, como una empresa esencial o inherente al proyecto de vida del ser humano individual y social a lo largo de toda su existencia, como un vehículo de transmisión cultural, como una acción de transformación de la realidad en la problemática múltiple de las condiciones concretas de existencia y como servicio fundamental orientado al desarrollo integral de los pueblos*.

La Guía está dirigida a todos aquellos a quienes corresponda planear y llevar a cabo acciones

* Véase C. PICON. La educación de adultos en América Latina en la década de los ochenta, situación y perspectivas, 341 y 342

de educación para la salud con las comunidades marginadas tales como: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, pedagogos y educadores, entre otros.

Este trabajo fue elaborado a partir de la revisión y análisis de diversas fuentes en las áreas de salud, educación, educación para la salud, educación de adultos y sociología y es el resultado de la experiencia profesional como pedagogo.

La Guía se presenta a través de cuadros, por considerar que es una forma sencilla y accesible que facilita la comprensión del contenido y de esta manera la utilización del material.

Cabe señalar que por tratarse de una Guía, el contenido de cada uno de los cuadros es breve, al pretender enunciar los principales elementos a considerar dentro de la educación para la salud. Elementos que van desde la concepción de los procesos involucrados y de las acciones implícitas en éstos, hasta las características de los mismos; de ninguna manera se trata de un análisis exhaustivo de lo que implica la educación para la salud. Asimismo, cabe mencionar que es sensible de ser enriquecida una vez que se utilice para los propósitos para los que fue elaborada.

El trabajo consta de cuatro capítulos y un anexo. El primer capítulo: "La Educación de Adultos", hace referencia a los tres estadios o momentos que ha recorrido la educación de adultos en América Latina, definiendo la concepción, orientación, objetivos y metodología que caracterizan al tercer momento de la educación de adultos en el cual se considera que todo hombre puede aprender de la realidad y coeducarse con los demás hombres. Asimismo, se incluyen dentro de las modalidades de la educación de adultos la educación formal, la educación informal y la educación no formal, haciendo énfasis en esta última al estar la educación para la salud ubicada dentro de ésta.

El segundo capítulo: "La salud- enfermedad como proceso social", señala en primer término la orientación y tendencias del modelo de la medicina científica surgido en Estados Unidos en 1910, en tanto ha repercutido en la concepción y práctica de las acciones vinculadas con el proceso salud-enfermedad en nuestro país. Posteriormente, a partir de un nuevo enfoque se fundamenta el carácter social, histórico y colectivo del proceso salud-enfermedad, por la importancia que esto puede tener para la práctica educativa.

El tercer capítulo: "Problemática del proceso salud-enfermedad vinculada con la Educación para la salud", menciona la problemática que en materia de higiene, saneamiento, nutrición, accidentes, farmacodependencia y planificación familiar puede ser resuelta con la ayuda de la educación para la salud.

El cuarto capítulo: "Guía para la realización de actividades de Educación para la Salud en comunidades marginadas", se encuentra dividido en dos partes. La primera, Descripción de la Guía, comprende la descripción y fundamentación del contenido de cada uno de los apartados que componen la Guía, así como la especificación de las características de presentación del material. La segunda, Material de Referencia, constituye la Guía en sí, la cual está dividida en seis apartados: El Proceso Salud-Enfermedad, La Educación para la Salud, El Proceso de Enseñanza-Aprendizaje en la Educación para la Salud, Información Sanitaria, Glosario y Sugereencias Bibliográficas.

El Anexo se refiere a la educación para la salud en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Se incluye en función de ser la institución a partir de la cual se crea la necesidad de elaborar la Guía y por el hecho de que puede constituir un ejemplo de la forma como se lleva a cabo la educación para la salud en las instituciones que conforman el Sector Salud* .

* SSA, ISSSTE, IMSS y DIF.

En nuestro país, los Planes y Programas vigentes en el área de salud, contemplan la importancia y necesidad de la realización de acciones de educación para la salud. Hay conciencia a nivel gubernamental, sólo falta la acción organizada y comprometida en la que se dé cabida a la participación de todos.

El derecho a la salud elevado recientemente a rango constitucional, se hará efectivo si se dota a la población de los servicios mínimos indispensables y se emprenden acciones continuas de educación para la salud, que permitan desterrar prejuicios seculares y prácticas viciosas y concienticen a los individuos de la importancia de cuidar por sí mismos de su salud y de la de los demás.

I. LA EDUCACION DE ADULTOS

La educación de adultos en América Latina presenta grandes posibilidades para el desarrollo de prácticas y políticas educativas innovadoras, como lo demuestra el papel que tuvo y tiene como instrumento para el desarrollo de la conciencia política y crítica en países como Cuba y Nicaragua.

Ante esta coyuntura, algunos educadores de adultos han intentado abrir un camino intermedio entre aquellos que quieren imponer un determinado currículo y los que desean que la educación desencadene un cambio social.

1.1 DESARROLLO

La educación de adultos ha recorrido diferentes estadios o momentos, diferenciación que no es caracterizable cronológicamente pero que no descarta la referencia a fechas o datos históricos*.

Primer momento (1950)

La difusión de la problemática específica de la educación de adultos se acentúa con la etapa de la postguerra y con la percepción de que todo el saber cambia y hay que volver a aprender y a capacitarse; hay que ajustarse al mundo cambiante y nuevo determinado por el acelerado desarrollo científico y técnico que avanza.

Esta etapa aparece con la toma de conciencia acerca del enorme número de analfabetos y la necesidad de elaborar programas intensivos e intencionados para superar el problema. El modo pedagógico en este momento ve la educación de adultos como una réplica del enfoque escolar.

* Véase G. CIRIGLIANO y C. PALDAO. La educación de adultos en América Latina, hipótesis interpretativa y perspectivas, 323 a 326

Segundo Momento (1960)

En éste se considera que el adulto es educable, pero es diferente al niño y al adolescente. Es una etapa en la que existe una gran preocupación por establecer instituciones o centros especiales, por crear técnicas y métodos adecuados y por formar educadores claramente especializados, dado que "la psicología del adulto es diferente."

Tercer Momento

Hacia fines de los sesenta parece extenderse la idea de que la educación de adultos, ahora enmarcada en la educación permanente* es prioritaria de todo el sistema educativo. En este momento se considera que todo hombre puede aprender de la realidad y coeducarse con los de más hombres.

Es el momento de la educación permanente como tal, al enfatizarse la idea de continuidad y colocarla como eje. En ésta se considera no ya al adulto, sino al hombre, a la persona que interactúa con una realidad social de la que quiere ser sujeto transformador.

Si siempre se aprende, si toda la realidad educa, la escolaridad monopólica del saber reconocido resulta una limitación, una barrera. Si toda la realidad educa, la interacción con ella implica adquirir conciencia directa y crítica de la misma realidad y del papel

* En 1960, en el seno de la práctica de la educación de adultos va surgiendo la noción de Educación Permanente. Esta es considerada como "Una política que hace del hombre la primera y más importante preocupación de la sociedad, al mismo tiempo que el primero y más importante protagonista de los progresos de ésta. La educación permanente tiene por objeto asegurar la formación y el desarrollo del hombre en todas las fases de su vida y permitirle adquirir los conocimientos y el conjunto de aptitudes intelectuales o manuales que contribuyan tanto a su crecimiento personal, como a su progreso cultural, económico y social". J. CASTREJON DIEZ y O. GUTIERREZ. Educación Permanente, 16

de uno mismo dentro de ella, para actuar con y sobre ella. Los medios para aprender son ahora múltiples y todos tienen que tener acceso real a esos medios.

En el momento actual en América Latina las actividades de educación de adultos se encuentran en diferentes estadios. Asimismo, coexisten una serie de líneas de acción que con el transcurso del tiempo pueden operar hacia un hipotético cuarto momento que se abra a un sistema plural, abierto y múltiple.

1.2 CONCEPCION Y ORIENTACION

En términos generales se ha entendido la educación de adultos como una acción viabilizada por canales no tradicionales, tendiente a proporcionar conocimientos y valores sociales y a desarrollar habilidades y destrezas en sectores de la población especialmente identificados.

La educación de adultos sin embargo, debe ser un instrumento de pleno desarrollo del hombre, concebido en sus diversas funciones: de trabajo, tiempo libre, vida cívica y vida familiar que tienda a la concientización, socialización y transformación social.

Para que los programas de educación de adultos tengan esta orientación deben:

- Insertarse en el marco de la educación permanente.
- Ofrecer además de la instrucción básica información y formación que propicien acciones orientadas a vincular a los adultos con los procesos sociales de los que forman parte.
- Estar vinculados con el mejoramiento de la calidad de vida, con la incorporación de las clases marginadas al desarrollo del país y con la participación conciente en el cambio.

-
- Hacer de la participación, no una concesión hacia el adulto, sino una condición necesaria para lograr el éxito del proceso educativo.
 - Partir de las experiencias de los participantes para lograr su participación.
 - Tener estrecha vinculación con la vida de las comunidades, es decir con sus necesidades y problemas.
 - Proporcionar a las personas los elementos que les permitan aprender por sí mismas a orientar su propio aprendizaje, de manera que se conviertan en actores y generadores de su propio desarrollo*.

1.3 OBJETIVOS Y METAS

Dentro de los programas de educación de adultos hay un gran espectro de objetivos que van desde el desarrollo de actitudes favorables a la cooperación y al trabajo, hasta la incorporación de conocimientos y destrezas prácticas.

Lo anterior significa que: "El rango de objetivos asignado a la educación de adultos, varía desde lograr actitudes positivas hacia la cooperación, el trabajo, el desarrollo familiar, comunitario y nacional, o un mayor aprendizaje individual, hasta la alfabetización funcional y la enseñanza de las operaciones matemáticas fundamentales, desde la promoción de la salud, de la agricultura y de los temas afines, hasta la incorporación de conocimientos y destrezas funcionales para el trabajo, desde facilitar la entrada de los mercados de trabajo o fortalecer las oportunidades ocupacionales de los individuos, hasta facilitar la participación cívica o política" (1)

* Véase A. CASTILLO et al. Educación de adultos en México, 231

(1) C.A. TORRES. Hacia una sociología política de la educación de adultos, 42

Junto con la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas, la educación de adultos debe asegurar la participación de los destinatarios en la gestión y desarrollo de su propio proceso educativo. Es decir, la educación de adultos debe tender hacia:

- El traspaso de la responsabilidad educativa a los propios destinatarios.
- La estimulación para la creación de ambientes educativos en los que los participantes interactúen con espontaneidad y tengan posibilidades de expresarse y de orientar sus actividades de acuerdo a sus intereses y necesidades.
- El desarrollo de una capacitación reflexiva y crítica y de una conciencia de solidaridad y participación en las responsabilidades y beneficios de un desarrollo compartido.
- El rescate de los valores y experiencias de los grupos y comunidades que se benefician con este tipo de educación.

1.4 METODOLOGIA

Los programas educativos dirigidos a adultos deberán empezar en la investigación acerca de la realidad de los participantes. Esta investigación no debe quedarse a un nivel meramente descriptivo de los problemas, debe llegar al análisis de la problemática. Asimismo debe revelar el grado de percepción de los educandos sobre su realidad.

Los contenidos educacionales, así como los formatos específicos mediante los cuales se establecerá el proceso de enseñanza aprendizaje, se determinarán a partir de la problemática real de la percepción de los participantes. El nivel y el grado de percepción de la proble

mática se vuelve el punto donde se inicia pedagógicamente el proceso educativo, el conocimiento solo podrá evolucionar partiendo precisamente de este punto inicial: de lo que ellos saben, de lo que perciben, hacia un conocimiento nuevo que revele en su complejidad el objeto social y permita su transformación.

El paso metodológico siguiente es la transformación de la problemática real en temática educacional y este paso consiste en ligar los contenidos de los procesos reales al nivel y grado de percepción y conocimiento que los participantes tienen de esta realidad.

La temática educativa debe permitir profundizar el conocimiento de lo real, enriqueciéndolo con el análisis de los factores causales determinantes y facilitando la ampliación cualitativa de la conciencia del participante en contextos más amplios (2).

1.5 MODALIDADES

La variedad de políticas, propósitos y prácticas de la educación de adultos ha determinado su campo de acción dentro de tres modalidades: La educación formal, la educación informal y la educación no formal.

1.5.1. Educación Formal

Durante un largo tiempo se pensó que la institución educativa tenía el carácter de una entidad monopólica de todo lo que significaba aprendizaje. En tal perspectiva, no cabía aprender fuera de la institución educativa. Teniendo ésta casi un carácter exclusivo y excluyente del aprendizaje, fue progresivamente haciendo rígida su estructura y desarro-

(2) J. BOSCO PINTO. Educación de adultos y desarrollo social, 269 y 270

lló un estilo de trabajo que se ha dado en llamar la forma escolarizada. Dicha forma supone la existencia de por lo menos, los siguientes elementos: Desarrollo de un determinado currículum, presencia y acción directa de educadores y educandos, vigencia de un determinado período de tiempo debidamente calendarizado y desarrollo de las acciones educativas utilizando una infraestructura exclusivamente destinada a los procesos educativos (3).

1.5.2. Educación Informal

Es obvia la existencia de un proceso de aprendizaje en la vida de todo hombre logrado a través de la práctica diaria, anterior y colateral al enrolamiento en programas de educación explícita.

La educación informal es un proceso formativo, permanente del individuo en una sociedad dada, que comprende la adquisición y acumulación de conocimientos, valores, capacidades y actitudes que se dan en la experiencia cotidiana y por medio del contacto con el medio físico y social.

A través de este proceso se garantiza la adquisición de pautas de acción mínimas que coadyuvan al proceso de integración del sujeto a una sociedad y cultura determinadas.

El proceso educativo informal consiste fundamentalmente en la transmisión de ideología de la que depende el rumbo del proceso de socialización, por medio del cual el individuo se incorpora a la cultura dominante.

(3) C. PICON. La educación de adultos en América Latina en la década de los ochenta, situación y perspectivas, 347

* Véase Congreso Nacional de Investigación Educativa. Documentos Base, 360

De lo expuesto se deduce que la educación informal es un proceso no institucionalizado, no planificado oficialmente ni controlado explícitamente, que da continuidad al aprendizaje humano sin necesidad de instituciones intermediarias.

La educación informal ha sido concebida también como sinónimo de educación no sistemática. En relación a esto se ha señalado que la educación no formal trata de sistematizar lo asistemático de la educación informal, estableciendo así una diferencia entre ambas, ya que la primera se convierte de esta manera en educación intencional y sistemática* .

El proceso educativo informal se da gracias a la influencia del medio social en el individuo, la cual funciona como mecanismo general de socialización, a través de diferentes instancias, siendo las principales el lenguaje, la familia, como potente representante de las instituciones y el trabajo que incorpora al individuo a la etapa reproductiva de las condiciones de existencia de toda sociedad.

La adaptación del hombre al medio ambiente se realiza fundamentalmente a través de mecanismos instintivos. En cambio la adaptación del individuo a la cultura se da por medio del aprendizaje. Es aquí donde se establece la similitud entre la educación informal y la adaptación cultural del individuo, ya que ésta implica la transmisión intergeneracional de elementos que faciliten su actuación social (4).

Lo señalado, corrobora la existencia de la educación informal y resalta su importancia.

* Véase Congreso Nacional de Investigación Educativa, op cit, 359
(4) C. PICON. op cit, 348

1.5.3. Educación No Formal

A partir de la década 1950-60, al evidenciarse la crisis del sistema educativo, se comenzaron a discutir las alternativas no formales en cuanto a educación, ante la incapacidad del sistema educativo formal para generar soluciones a la problemática educacional. Así, lo que se llamó en aquel entonces "educación no formal" fue considerado por quienes la impulsaban, como la respuesta idónea a la problemática que enfrentaban, tanto el sistema educacional como la sociedad en su conjunto. La definición de educación no formal fue elaborada en términos de la negación de ciertas características de la educación formal, es decir, la educación no formal se definió como el conjunto de respuestas a lo que no podía realizar la escuela (5).

Educación no formal es un término convencionalmente utilizado para referirse a las experiencias educativas en las que es posible identificar las siguientes características:

- Tienen una clara orientación de clase, tanto en su población destinataria como en la formulación de sus prácticas y políticas educativas, ya que atienden generalmente las necesidades de los grupos sociales empobrecidos, desposeídos de poder alguno y localizados en los niveles más bajos de la estratificación social.
- Son intencionales.
- No incorporan a sus usuarios al sistema educativo nacional, puesto que no conceden certificados, títulos o grados convalidados por las autoridades nacionales de educación.

(5) Congreso Nacional de Investigación Educativa. op cit, Anexo B

-
- Tienen flexibilidad curricular y organizativa, es decir, patrocinadores diversos, métodos de instrucción variados e intervención de instructores voluntarios, que no necesitan acreditar su preparación para desempeñarse como tales.
 - No delimitan grados o niveles educativos jerárquicos que condicionen el ingreso de los usuarios.
 - Obtienen resultados más inmediatos que los logrados por la educación formal.

En las prácticas educativas no formales la no acreditación y la flexibilidad, adquieren una nueva dimensión, ya que el individuo no es más una tuerca del engranaje productivo a integrar o adiestrar, sino un ser consciente en vías de decidir qué tipo de sociedad quiere para sí. Por tanto, la acreditación del sistema vigente no le sirve, puesto que ya había sido dejado fuera de él. La flexibilidad se da en torno a la satisfacción de sus necesidades por medio de un contenido en función de su realidad.

En América Latina especialmente, los conceptos de concientización y descolarización introducidos por Paulo Freire e Ivan Illich, han tenido una gran influencia dentro de la educación no formal.

La Educación Popular, al igual que el Método Reflexivo se han nutrido de estos conceptos y responden al enfoque planteado en torno a la educación de adultos anteriormente en este capítulo.

La educación popular surge como una concepción educativa alternativa a la educación tradicional, generando una metodología participativa, contrapuesta al paradigma escolarizante, expresión de la cultura dominante.

Esta metodología participativa considera que (6):

(6) M.A. ARGUMEDO. ¿Qué es la Educación Popular?, 128

-
- La educación es un derecho de todos, especialmente de las clases inferiores, excluidas de los beneficios del sistema educativo.
 - Esta educación sólo puede construirse con la participación política conciente del individuo y con el apoyo de las organizaciones de masas.
 - La educación popular es una poderosa arma en el proceso de lucha ideológica.
 - El proceso de aprendizaje sólo puede llevarse a cabo a través de la praxis y la lucha, combinando el trabajo manual con el intelectual, la teoría con la práctica, las habilidades productivas con la elevación de la conciencia política.

Paiva define la educación popular como la que se realiza a través de diferentes formas de lucha: lucha por la tierra, lucha por los terrenos urbanos para la vivienda, lucha sindical* .

Manfredi se refiere a la educación popular como un proceso que permite a las clases dominadas, elaborar y divulgar una concepción del mundo orgánicamente vinculada a sus intereses**.

De lo expuesto se desprende que la educación popular debe:

- Educar en y con las clases dominadas y no para.
- Crear condiciones objetivas para una autoeducación de las bases.
- Estar vinculada orgánicamente a las bases, a través de sus organizaciones de clase (partidos, sindicatos, asociaciones, etc).
- Recrear a partir de la práctica una teoría que desmistifique las contradicciones del sis

* Ibídem, 129

** Ibídem, 134

tema social.

- Creer que el pueblo es capaz de elaborar su teoría y trazar el rumbo de su acción.

La educación popular, como una perspectiva educacional versátil, no puede ser entendida fuera del contexto de una teoría dialéctica de la pedagogía y de sus relaciones con movimientos sociales y políticos de masas en América Latina.

La educación a través de la conscientización de Paulo Freire es quizá el más difundido y valorado de los esquemas actuales de la educación de adultos en América Latina.

Su método de enseñanza está orientado primordialmente a situaciones de enseñanza directa en ambientes rurales. Como método educativo, la capacitación reflexiva es concebida como momento o instancia de reflexión, de análisis, de repensar o recapacitar sobre el entorno, las necesidades, los contenidos de aprendizaje, etc *.

Al método le interesa el por qué y el para qué, es decir, le importa el proceso de toma de conciencia. En este sentido, se desarrolla a partir de dos componentes centrales:

- El proceso de enseñanza-aprendizaje ocurre para crear conocimientos y desarrollar habilidades que permitan repensar la realidad y transformarla.
- El papel del educador es el de ayudar a la reflexión creadora sobre la realidad.

* Véase M. BONINO, Para una metodología reflexiva de educación a distancia, 109

Para Freire los elementos constitutivos de su método pedagógico son:

- EL DIALOGO: La relación educador-educando debe ser dialógica, de lo contrario la reflexión creadora y transformadora no existiría. El diálogo implica para el educador, clara conciencia en cuanto al valor y a la importancia del conocimiento y de la experiencia del otro.
- LA PROBLEMATIZACION: La tarea del educador es la de problematizar a los educandos el contenido que los mediatiza, y no la de disertar sobre él como si se tratara de algo acabado. La reflexión implica poder ver la realidad como algo no acabado, algo modificable, como un problema.
- LOS CONTENIDOS SIGNIFICATIVOS: El objeto de estudio, para que sirva a una reflexión transformadora, debe tener un contenido significativo para la cotidianidad, para la vida del capacitado*.

La actividad de aprendizaje dentro de este método, se da en el momento de la reflexión conjunta práctica-teoría, que lleva al destinatario a la generación del conocimiento significativo que necesita para su práctica. Así el sujeto del conocimiento es modificado por éste y a la vez el objeto del conocimiento es enriquecido por el sujeto y su experiencia. El proceso reflexivo práctica-teoría-práctica, se desarrolla porque existe una actitud de diálogo, una problematización de la realidad y de los contenidos y éstos últimos son significativos para el destinatario.

Las actividades de aprendizaje realizadas grupalmente son el punto nodal de la metodología, pues

*Véase P.FREIRE. Extensión o Comunicación, la concientización en el medio rural

es aquí donde deben lograrse los objetivos del método:

- La adquisición de un método de aprendizaje reflexivo.
- La reflexión práctica-teoría-práctica, para enriquecer a ésta última en una intencionalidad transformadora.
- El trabajo grupal.

El método de Freire puede en gran medida ser aplicado al campo de la educación para la sa lud, en tanto permite la toma de conciencia y posibilita la participación organizada de a aquellos que intervienen en un proceso educativo.

Construir una sociedad desde la perspectiva de la educación, en cualquiera de las modalidades en que ésta se dé, supone plantear como objetivo último, la real y eficaz preparación de un ser social nuevo.

El quehacer no debe agotarse en la reformulación de los procesos educativos. Estos deberán ser espacios reales para experimentar y estrenar nuestra capacidad de hacernos cargo de nuestra historia.

Solo logrando la vinculación de la práctica educativa con el medio en el que se desarrolla y orientándola hacia procesos reflexivos, críticos y participativos, se podrá afirmar que la educación de adultos en México, responde a los requerimientos sociales, políticos, eco nómicos y culturales de la población a la que está destinada.

Estamos en el momento de socializar la experiencia acumulada, es decir, sistematizarla, plantear ajustes y correcciones y reabrir espacios para lograr la autogestión y la solida ridad de los grupos constituidos.

**II. LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO
SOCIAL**

El 1910 fue publicado el Informe Flexner* , una investigación sobre las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá realizada por Abraham Flexner. Las recomendaciones de este Informe, han marcado desde entonces las pautas de la educación médica, no sólo en Estados Unidos, sino prácticamente en todos los países del mundo.

En la práctica, el Informe Flexner vino a consolidar un tipo de ejercicio médico, la llamada "medicina científica", que dió un enfoque positivista a la enseñanza, la investigación y la práctica. Fue la expresión de las tendencias científicas de la sociedad norteamericana, por medio de las cuales se pretendía reducir los problemas sociales a problemas técnicos.

El auge del positivismo médico encontró su expresión más acabada en tres elementos: Primero, la concepción del cuerpo humano como un organismo integrado, fue sustituido definitivamente por la de una yuxtaposición de sistemas sin relación entre sí. La especialización a que dió origen la medicina científica, enfatizó el estudio y el tratamiento de - sistemas y órganos individuales con exclusión de la totalidad del cuerpo humano.

Segundo, la investigación cerró los ojos a toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades, ya que los fenómenos colectivos quedaron fuera del ámbito de lo que se consideraba científico. Esta actitud hacia eco de la doctrina de la etiología específica, que partiendo de una deformación de hallazgos microbiológicos del S.XIX, creaba el espejismo del eventual descubrimiento de una causa única y concreta para cada enfermedad, con el olvido total de las causas sociales.

* Véase J. FRENK. Cuadro clínico de la enseñanza médica, 21

Tercero, el diagnóstico y la terapéutica empezaron a realizarse mediante un enfoque del organismo como máquina, facilitando así una aproximación instrumentalista al cuerpo.

Mientras que el diagnóstico y la terapéutica se basan en suposiciones colectivas según una "curva de normalidad", paradójicamente el paciente es visto como una abstracción, aislado de su comunidad. La enfermedad es tratada como un proceso natural y su etiología social resulta ajena a la acción médica.

Sobre esta base conceptual, el Informe Flexner reformó la educación médica norteamericana durante la segunda y tercera décadas del siglo XX. El programa de estudios que fue consolidándose dejó en un olvido casi absoluto la medicina preventiva, la salud pública y la sociología médica.

La concepción mecánica del cuerpo refleja así la estructura del capitalismo, que posee como elemento fundamental de la producción, a la máquina. De hecho, la organización de los servicios médicos a que dio origen esta concepción ha servido en gran parte para - fortalecer el sistema económico vigente, ya que al identificar a la salud con la productividad, responde a la necesidad de contar con mano de obra siempre productiva.

La medicina no sólo es capaz de generar riqueza indirectamente (al reproducir y reparar la fuerza de trabajo) sino que además puede ser un medio directo de obtener ganancias, puesto que la salud se ha convertido en una mercancía que puede ser producida por médicos y laboratorios farmacéuticos y que puede ser consumida por enfermos reales y potenciales (1).

(1) J. FRENK. op cit, 22 y 23

A finales de los sesenta surge como resultado de la crisis social, política y económica, así como de la medicina misma, una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter puramente biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante, con siderando que el proceso salud-enfermedad tiene un carácter histórico, social y colecti vo.

Esta corriente médico social* afirma que la enfermedad como fenómeno individual esconde procesos sociales e históricos que tienen relación con la organización social en su con junto y con la distribución de los beneficios que de ella se derivan.

Establece también que existen factores determinantes en las condiciones sanitarias que deben ser tomados en cuenta de manera prioritaria y que imprimen al proceso salud-enfermedad un carácter fundamentalmente social y colectivo.

Muestra como la historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil patológico ** y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica.

Apunta que el proceso salud-enfermedad tiene carácter social, tanto por ser socialmente determinado como por ser en sí mismo un proceso social. Plantea que el estudio del pro ceso salud-enfermedad como un proceso social no se refiere solamente a una exploración de su carácter, sino a su articulación con otros procesos sociales.

* Véase A.C. LAURELL. La salud-enfermedad como proceso social, 7 a 25

** El perfil patológico se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuen cia que determinado grupo exhibe en un momento dado.

Verifica asimismo el caracter social de proceso, en la comparación de los perfiles patológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo de fuerzas productivas y de relaciones sociales de producción.

Demuestra el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad, se enferman y mueren de modo distinto, en tanto la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico, sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos.

Y por último determina que el nivel de salud de un individuo, va a depender en gran medida del nivel de salud de su comunidad. El proceso salud-enfermedad colectivo centra la comprensión de la problemática de la causalidad de manera distinta, ya que al preocuparse por el modo como el proceso biológico se da en la sociedad, necesariamente recupera la unidad entre la enfermedad y la salud, dicotomizada en el pensamiento médico clínico. Visto como un proceso de colectividad, lo preponderante es el modo biológico de vivir en sociedad, que determina a su vez, los trastornos biológicos característicos, esto es, la enfermedad.

Abordar así el estudio del proceso salud-enfermedad permite construir una interpretación distinta de este proceso, es decir, describir las condiciones de salud de un grupo articuladas con las condiciones sociales de éste.

Este enfoque representa un avance con implicaciones profundas para la práctica sanitaria, ya que la medicina hospitalaria, poco tiene que ver con el proceso salud-enfermedad de la sociedad. Una nueva práctica, sin embargo, no sólo depende de una nueva interpretación sino de que descansa sobre bases sociales que la puedan impulsar y sostener.

**III. PROBLEMÁTICA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD
VINCULADA CON LA EDUCACION PARA LA SALUD**

En la promoción de la salud intervienen en forma determinante los conocimientos que tenga el individuo en relación al proceso salud-enfermedad, es decir, las creencias, tradiciones y costumbres por las que rija las prácticas relacionadas con este proceso.

A continuación, se enuncia la problemática que en materia del proceso salud-enfermedad se encuentra estrechamente vinculada con la falta de educación para la salud.

Creencias y tradiciones nocivas para la salud transmitidas de generación en generación, aunadas a la falta de conocimiento y conciencia sobre la importancia de ciertos hábitos tendientes a promover y mantener la salud individual y colectiva, agudizan la problemática que en materia de salud presentan las comunidades marginadas.

En algunas áreas rurales, y suburbanas de nuestro país, todavía ciertos padecimientos y enfermedades son atribuidos a factores mágico-religiosos, dándoles un tratamiento que dista mucho de ser el adecuado. Es común observar también, la venta de productos domésticos como la leche y el huevo para obtener recursos económicos que permitan comprar refrescos, dulces o alcohol; asimismo, existe la creencia de que alimentos como la carne y el huevo son perjudiciales para los niños pequeños*.

3.1 Higiene

La población no ha considerado seriamente lo dañino que resulta no tener hábitos de higiene, un ejemplo de lo anterior, es el hecho de que muchos padres de familia no se preocupan por formar el hábito del lavado de manos en sus hijos o lo hacen sin la motivación suficiente como para que se convierta en una práctica. Solo con este hábito se podrían reducir considerablemente las enfermedades gastrointestinales, las cuales, como ya se mencionó, representan un serio problema de salud pública en nuestro país.

* Véase SSA. Normas,¹¹⁵

Asimismo, la falta de higiene en la preparación y conservación de los alimentos es la responsable de la mayoría de las intoxicaciones alimentarias y de las hepatitis infecciosas. También el ciclo desnutrición-diarrea en niños menores de cuatro años está muy relacionado con la preparación de alimentos con las manos sucias, el manejo de biberones contaminados y el consumo de alimentos sin lavar o mal lavados.

Cabe señalar que no obstante que la falta de agua potable dificulte la práctica de hábitos higiénicos, la educación para la salud juega un papel determinante en la formación de los mismos, ya que las enfermedades asociadas a las malas condiciones de higiene pueden ser abatidas en gran medida, si la población las identifica y las corrige.

3.2 saneamiento

Gran parte de nuestra población no está debidamente educada para proteger y conservar el medio ambiente que le rodea. Son prácticas comunes no afinar periódicamente automóviles y camiones, arrojar basura a la vía pública, defecar al aire libre, incinerar a cielo abierto y contaminar con ruido, sin considerar muchas veces el riesgo que estas acciones tienen para la salud propia y la de los demás.

La contaminación atmosférica de los núcleos urbano-industriales, producto de las emisiones industriales y vehiculares de óxidos, hidrocarburos y metales, representa un serio problema de salud pública, que no obstante sea responsabilidad del gobierno y de las industrias, no exime de ninguna manera a los ciudadanos. La mayoría de los automovilistas no se preocupan por arreglar su vehículo cuando lanza humos, al no interesarles o no alcanzar a comprender los efectos nocivos para la salud.

Muchas personas, sin reflexionar lo perjudicial que resulta para los demás, depositan la basura o se deshacen despreocupadamente de ella en la vía pública, los lotes baldíos o los parques. " A nivel nacional se genera un total de 20' 800,000 toneladas al año de basura, de la cual se recolecta el 80% (1). La basura además de ser un problema desde el punto de vista estético, constituye un peligro para la salud, al contaminar los suelos y el aire y favorecer la cría y desarrollo de insectos y roedores que ocasionan serias enfermedades como la fiebre tifoidea, la diarrea y la parasitosis.

Si bien se debe considerar y aceptar que el tratamiento de desechos es un problema de dotación de servicios por parte de las autoridades, la población puede contribuir en gran medida realizando actividades sencillas como no arrojarla a la vía pública, colocarla en bolsas cerradas o enterrarla.

El fecalismo al aire libre constituye una práctica nociva para la salud, extendida particularmente en los medios suburbano y rural, debido a la carencia de sistemas adecuados de disposición de excretas. Las heces portadoras de múltiples gérmenes, contaminan el agua, la tierra y el aire y como consecuencia, manos y pies descalzos de niños y mayores, convirtiéndose en fuente potencial de enfermedades.(2).

La incineración al aire libre , especialmente de llantas y la emisión de ruidos por bocinazos de automóviles y escapes de vehículos de diversos tipos, son indicadores de la falta de responsabilidad hacia el cuidado de la salud. "El ruido en algunas zonas de las grandes urbes alcanza niveles promedio diario superiores a los 85 decibeles, cantidad superior a la máxima permisible para el ser humano" (3).

(1) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 40

(2) F. VILLASEÑOR y G. GOMEZ. Educación Higiénica, 105

(3) SSA, Programa Nacional de Salud 1984-1988, 81

Como se comprende, una gran parte de la solución del problema, depende de que se realicen acciones en materia de educación para la salud, tendientes a fomentar la responsabilidad en el cuidado y protección de la salud propia y la de los demás. La otra parte está sujeta a acciones legales que deben ejercerse sobre las empresas responsables.

3.3 Nutrición

El estado general de nutrición de nuestro país presenta dos rasgos característicos: una deficiencia crónica en el consumo de productos básicos en ciertos estratos y zonas del país y una dieta alimenticia desbalanceada que afecta a la mayor parte de la población.

Las carencias en la dieta habitual de la población mexicana, por su magnitud y trascendencia, constituyen un problema de salud pública, originado por la inequitativa distribución de los alimentos y por la falta de educación para la salud. El 40% de la población, sufre los resultados de una alimentación inadecuada, condicionada por dietas en las que predominan el maíz, el frijol, algunos vegetales y muy ocasionalmente alimentos de origen animal(4).

Como consecuencia de esto, un buen número de mujeres mal nutridas durante el embarazo tienen productos de bajo peso, se registran en algunas regiones del país tasas elevadas de morbi-mortalidad infantil y preescolar y los adultos están continuamente propensos a diversas enfermedades.

En la dieta que consume cada familia influyen aspectos económicos, culturales y educativos. El ingreso familiar afecta la dieta de la población, no obstante, muchas veces las costumbres y hábitos con respecto a la alimentación, llegan a ser a tal grado perjudiciales, que no permiten que se cubran las necesidades del organismo. Los desórdenes en los horarios de las comidas, la ingestión excesiva de alimentos grasos e irritantes y el consumo exagerado de

(4) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 41

refrescos embotellados y frituras, son ejemplos de lo antes expuesto y constituyen una práctica común en un gran número de personas.

Por lo tanto, la educación es a largo plazo, una importante herramienta para lograr un mejoramiento en el estado nutricional de nuestro país. No obstante, para que ésta sea realmente efectiva deberá comenzar en edades tempranas, que es cuando el individuo está formando sus hábitos alimentarios.

3.4 Accidentes

El dinamismo y las características del proceso de industrialización han originado que los accidentes se conviertan en un serio problema de salud pública, como lo demuestra el hecho de que ocupen el primer lugar como causa de muerte en el grupo de edad productiva en nuestro país . 5 .

Además de la alta mortalidad, los accidentes acarrearán serias consecuencias de orden económico : erogaciones inesperadas que desajustan el presupuesto familiar, posibilidad de que el lesionado se convierta en un ser dependiente y pérdida de recursos humanos.

En el hogar, la vía pública y los centros de trabajo es donde ocurren el mayor número de accidentes, siendo el descuido, la irresponsabilidad y la ignorancia las principales causas de éstos.

El hogar ha sido considerado siempre un lugar seguro, sin embargo es allí donde suceden un

gran número de los accidentes que ocurren a diario. La gran frecuencia de accidentes en el hogar, requiere la urgente necesidad de llevar a cabo acciones educativas a todos los niveles, cuyo objetivo primordial sea fomentar el valor del concepto salud a través de la prevención de accidentes.

"La mortalidad por accidentes de tránsito, ocupa el tercer lugar entre las diez principales causas de muerte en México, correspondiendo al 71% del total de accidentes" (6). Según investigaciones hechas por diversas instituciones, la carencia de educación vial ocasiona que el individuo sea el responsable en un 90% de los accidentes de tránsito, ya sea como conductor de un vehículo o como peatón (7).

A los Sectores Salud, Educación y Tránsito, les corresponde llevar a cabo conjuntamente programas tendientes a propiciar que quienes manejan un automóvil, conozcan los reglamentos de tránsito, se sujeten a sus disposiciones, obedezcan siempre los señalamientos de tránsito, revisen periódicamente su vehículo, no manejen después de haber ingerido bebidas alcohólicas y vigilen su salud. Es necesario que la educación vial se constituya en una acción sistematizada y permanente que se proporcione desde los primeros años de vida.

Los sistemas modernos de trabajo, que en ocasiones no ofrecen las medidas de seguridad adecuadas, aunados a la utilización de nuevas fuentes de energía y de nuevos materiales y a factores como la irresponsabilidad y la ignorancia, han dado por resultado en los últimos años, un incremento en la morbi-mortalidad de la población trabajadora, ocasionando al país ausentismo, baja productividad y altos costos erogados por las instituciones de salud y de seguridad social.

(6) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 202

(7) SSA. Normas, 293

Es necesario crear medidas de protección y realizar investigaciones en materia de accidentes. Sin embargo, éstas serán ineficaces si no se cuenta con el apoyo de la educación para la salud, como lo demuestran: Los obreros que no utilizan los equipos de protección a pesar de existir éstos y de la obligación de usarlos, los automovilistas que no usan el cinturón de seguridad no obstante traerlo en sus asientos y las amas de casa que mantienen apagados por descuido, los pilotos de estufas y calentadores.

3.5 Farmacodependencia

A finales de la década de los sesentas y principios de los setentas, México se percató que al igual que en otros países, el consumo de drogas no se restringía a los grupos minoritarios que tradicionalmente hacen uso de ellas, sino que se había extendido a otros sectores de la población y principalmente a los jóvenes, lo cual constituyó desde entonces, un problema social que no puede permanecer ignorado, debido a que representa una verdadera amenaza para la salud de la juventud, futuro del país (8).

El uso indebido de sustancias inhalantes, uno de los principales problemas de farmacodependencia en nuestro país, especialmente entre los niños y jóvenes de 10 a 18 años de edad que viven donde prevalece la pobreza, repercute en irresponsabilidad, enfermedades, apatía y bajo rendimiento escolar.

Entre los principales aspectos sociales que influyen en el problema están: El hacinamiento en las ciudades, la gran inconformidad con el sistema de vida, los cambios acelerados en la sociedad con pérdida de valores morales, el debilitamiento progresivo de la unidad familiar, la presión que recibe el joven del grupo con el que convive, la imitación que hace de las actitudes de los jóvenes de otros países y la existencia de traficantes de droga interesados en incrementar la drogadicción entre los jóvenes.

No obstante todo lo mencionado, si al niño y al joven se les hace concientes de los daños y repercusiones del uso y abuso de las drogas, se estará dando un gran paso para la solución del problema.

3.6 Planificación Familiar

La elevada fecundidad no deseada que se da todavía en las zonas rurales y suburbanas de nuestro país, está influyendo negativamente en la salud y bienestar de las personas y de las familias, especialmente, entre las de escasos recursos, siendo las mujeres y los niños las víctimas principales. Embarazos muy numerosos, muy frecuentes, muy precoces o muy tardíos son unas de las principales causas de morbi-mortalidad de madres, lactantes y niños pequeños.(9).

Se está presentando todavía en numerosas familias una actitud irreflexiva en relación al número de hijos, en gran parte ocasionada por la falta de orientación sexual, por el desconocimiento de los métodos de anticoncepción y por su uso inadecuado o poco consistente.

Por otra parte, la planificación familiar presenta un problema en las relaciones familiares, dado que los juicios, los valores y las normas transmitidos por la educación familiar y social tradicional, provocan que la mujer y el hombre entren en conflicto al acudir a la supervisión médica para evitar los embarazos.

Frecuentemente la vida familiar no se asume con un sentido de responsabilidad y conocimiento, predominando conductas impulsivas al carecerse de una planeación de la vida presente y futura, como lo demuestra el índice cada vez mayor de abortos, violaciones, hijos no deseados, embarazos de alto riesgo y maltrato al menor, que reflejan una postura ante la sexualidad y la conducta reproductiva que dista mucho de ser favorable.

(9) SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. Programa Nacional de Planificación familiar, 8

Lo expuesto en este capítulo demuestra que la educación para la salud es a corto y a largo plazo, una de las herramientas principales para lograr que la salud constituya no sólo un valor biológico, sino un bien social y cultural al que todos puedan tener acceso.

**IV. GUIA PARA LA ELABORACION DE
PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD**

4.1. DESCRIPCION DE LA GUIA

Esta parte comprende la descripción y fundamentación del contenido de cada uno de los apartados que componen la Guía, así como la especificación de las características de presentación del material.

El Material se compone de 101 cuadros agrupados en torno a seis apartados. En los tres primeros apartados se han incluido los principales elementos teórico-metodológicos a considerar para la ejecución de acciones en el área de educación para la salud y en los tres últimos referencias de apoyo para el mismo fin.

El primer apartado: "Proceso Salud-Enfermedad", comprende los conceptos de salud en general y de salud pública en particular. En cuanto a la salud en general, se presentan dos concepciones divergentes, con el propósito de establecer una comparación entre las implicaciones que pueden tener cada una. También abarca las características y significado del proceso salud-enfermedad en los países subdesarrollados y los parámetros para la determinación de la salud. Lo anterior, en función de la vinculación de estos aspectos con una concepción-acción de la educación para la salud.

Este apartado incluye asimismo, un diagnóstico general del estado de salud de la población mexicana correspondiente al año de 1981, con el propósito de ubicar la problemática de salud y establecer la relación con la educación para la salud. En la parte final contempla lo referente a las estrategias internacionales, participación institucional y Marco Legal en el área de salud, con el objeto de proporcionar información sobre los elementos que sustentan las acciones de salud y por ende de educación para la salud en nuestro país.

El segundo apartado: "Educación para la salud", abarca lo referente a concepción, importancia y límites de incidencia de la educación para la salud, en tanto a partir de su conceptualización, dependerá la modalidad que adopte la educación para la salud. También con

tiene información relativa al nivel de atención y al tipo de educación en el que se inserta la educación para la salud, al ser importante su ubicación. Asimismo, comprende información breve sobre el desarrollo de la educación para la salud y sobre la evolución institucional de los servicios de salud en nuestro país, con la finalidad de establecer los antecedentes que sustentan la educación para la salud.

Contempla también, información referente a la participación institucional y a la problemática de la educación para la salud en México, con el propósito de determinar la situación bajo la que ésta opera en la actualidad. A manera de sugerencias, se incluye un cuadro sobre las acciones a realizar para que la educación para la salud pueda constituirse en una herramienta que permita mantener y mejorar la salud.

Por último, se contemplan en este apartado los rubros de Higiene, Saneamiento, Nutrición, Accidentes, Planificación Familiar y Farmacodependencia, con la finalidad de señalar las áreas en las que la educación para la salud es indispensable y enfatizar la importancia de la educación para la salud.

El tercer apartado: "Proceso Enseñanza aprendizaje", constituye la parte medular del Material de Referencia, al abarcar los aspectos de: concepción de educación, aprendizaje y didáctica, características del proceso enseñanza-aprendizaje, importancia y características de la coordinación del proceso, nivel operativo y técnicas dentro del proceso de enseñanza aprendizaje en el área de educación para la salud.

El cuarto apartado: "Información Sanitaria", abarca lo referente a métodos, información y evaluación epidemiológica y a utilización de estadísticas, con la finalidad de proporcionar los elementos que permitan obtener e interpretar información relacionada con la salud.

El quinto apartado: "Glosario", incluye definiciones de términos socioeconómicos y médicos, con el propósito de facilitar la comprensión del contenido de los apartados del Material.

El sexto apartado: "Sugerencias Bibliográficas", contiene un listado de fuentes de consulta por cada uno de los tres primeros apartados del Material, con la finalidad de que éstas constituyan un apoyo para la elaboración de Programas en el área de educación para la salud.

En cuanto a la estructura, La Guía se presenta a través de cuadros, por considerar que es un formato que simplifica la consulta y utilización del contenido de la misma.

Los cuadros se encuentran divididos en cuatro partes. En la primera se especifica en el ángulo superior izquierdo, el apartado correspondiente y en el ángulo superior derecho, el número del cuadro. En la segunda, se enuncia la temática a la que se refiere el contenido del cuadro. La tercera, comprende el contenido específico del tema señalado en la parte anterior y la última, notas y referencias bibliográficas respectivas.

Cada uno de los cuadros se encuentra ubicado en un determinado apartado, en función de la temática desarrollada, aborda un tema específico en forma directa y breve, es independiente

te de los otros, a excepción de los que tienen tres puntos suspensivos (...) en la parte inferior derecha de la hoja y utiliza palabras mayúsculas en el texto a manera de subrayado.

En los Cuadros No. 1 y 31, se emplea una línea vertical (|) que los divide, con el propósito de poder establecer fácilmente una comparación de los conceptos que en éstos se definen. Por otro lado, en los cuadros No. 2, 9 y 33, se utilizan flechas (→) para indicar que los textos tienen correspondencia.

El Material pretende facilitar la comprensión y aplicación de los conocimientos a través de la definición, fundamentación y análisis de conceptos, procesos y acciones, la especificación de características de procesos, acciones, programas y leyes y el señalamiento de objetivos.

4.2. MATERIAL DE REFERENCIA

4.2.1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

CONCEPCION SALUD

DE LA CONCEPCION QUE SE TENGA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, VA A DEPENDER LAS CARACTERISTICAS QUE ADOPTE LA EDUCACION PARA LA SALUD.

"...La salud es un ESTADO de COMPLETO bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(1).

PARTIR DE ESTA CONCEPCION DE SALUD SE TRADUCE EN:

- Considerar a la salud como un equilibrio biopsicosocial constante del individuo y como un fenómeno particular de cada persona.
- Limitar las acciones en el campo de la salud y no permitir que trasciendan, desvinculando al individuo de su contexto sociocultural.

"La salud individual es un proceso que por medio de una conducta adecuada y de un AMBIENTE propicio, protege en contra de la enfermedad y de la invalidez, favorece el pleno desarrollo de las capacidades genéticas y adquiridas y conduce a la óptima realización de la personalidad. La salud colectiva es por su parte, un SISTEMA de vida que a través del control del AMBIENTE y del uso adecuado de los RECURSOS, asegura a todos la salud individual"(2)

PARTIR DE ESTA CONCEPCION DE SALUD SE TRADUCE EN:

- Considerar a la salud como un producto de la relación que el hombre establece con su ambiente, es decir, con la naturaleza y los procesos sociales y como un fenómeno colectivo que tiene relación con las condiciones físicas y sociales.
- Comprender el proceso salud-enfermedad y tener la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan modificar los condicionantes de la salud.

ES IMPORTANTE EVITAR EL ERROR DE CONCEBIR A LA SALUD EN ABSTRACTO, SEPARADA DE LAS FUNCIONES CONCRETAS QUE LA CARACTERIZAN Y LA DEFINEN.

(1) OMS. Atención Primaria de Salud, 4

(2) L.VEGA FRANCO y H.MANZANEDO. Bases esenciales de la Salud Pública

SIGNIFICADO SALUD

PARA EL INDIVIDUO

La salud es un valor, al representar un bien que favorece el pleno desarrollo de capacidades y protege de las enfermedades y de la invalidez. La máxima aspiración del hombre es la supervivencia y prolongación de la vida en las mejores condiciones de salud.



El individuo muchas veces no protege ni fomenta su salud, la toma en cuenta en el momento en que enferma.

PARA LA SOCIEDAD

La salud es un medio para el bienestar colectivo, ya que la enfermedad impide al individuo el desarrollo de sus capacidades y el desempeño de las actividades que socialmente le corresponden. Es un factor indispensable para el progreso social y económico y un componente esencial del desarrollo.



La estructura socioeconómica de los países subdesarrollados, limita el logro de niveles aceptables de salud en la mayoría de la población. La sociedad no ha logrado a pesar de los grandes avances y de la formulación de Leyes y Programas, que la salud se establezca como un derecho que pueda ser disfrutado por todos.

CARACTERISTICAS

El proceso salud-enfermedad tiene un carácter social, histórico y colectivo *.

- SOCIAL: El desequilibrio en la distribución de la riqueza y de los servicios origina también diferencias en los niveles de salud de la población, ya que en función de la posición en el proceso productivo, variarán los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte.

Entre los factores que determinan las condiciones sanitarias y que imprimen al proceso salud-enfermedad un carácter fundamentalmente social están:

- Las características de la vivienda (tamaño, número de habitaciones, distribución, materiales y tipo de construcción).
- La dotación de servicios (agua, drenaje, pavimentación e instalaciones sanitarias).
- Las condiciones de higiene y saneamiento (presencia de animales domésticos y manejo de desechos).
- Los ingresos familiares.
- El tipo de alimentación.
- El nivel de escolaridad (analfabetismo, estudios realizados)
- La educación para la salud (conductas, tradiciones y costumbres en relación al proceso salud-enfermedad).
- El número de miembros por familia.
- Los servicios disponibles de salud (hospitales, dispensarios, médicos, etc).

- HISTORICO: Cada sociedad tiene un perfil patológico que va cambiando en función del desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción.

- COLECTIVO: El nivel de salud de un individuo, va a depender en gran medida del nivel de salud de su comunidad.

* Véase A. LAURELL. La salud-enfermedad como proceso social, 7 a 25

CARACTERISTICAS

EL EMPLEO permanente y remunerador es un factor clave en la situación general de salud, ya que conlleva a la mejoría de los niveles de alimentación y vivienda, así como a una mayor disponibilidad de servicios básicos de agua, drenaje y eliminación de desechos, además de posibilitar el acceso a los servicios de seguridad social.

En 1981 los estados de la República con ingreso per cápita mas bajo, presentaron tasas de mortalidad más elevadas. Asimismo para ese año, se presentó una mortalidad infantil - tres veces mas alta entre las clases marginales que entre las clases pudientes"(3).

(3) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 37

CARACTERISTICAS

"La pobreza significa para el hombre que vive en ella, frustración, irritación, miedo, reacciones violentas y alcoholismo, que sumados a la desnutrición, explican el alto índice de cirrosis, de abscesos hepáticos amibianos, de polineuritis alcohólica y de patología psiquiátrica,

La pobreza significa perspectiva baja de vida, alta frecuencia de padecimientos infecto-contagiosos, nutricionales, alcohólicos, alcoholo nutricionales, de patología genital, ginecológica y obstétrica, acumulación en el mismo individuo de varias enfermedades avanzadas irrecuperables o difícilmente recuperables, cifras mínimas de patología degenerativa y de muerte por senilidad." (4)

(4) CELIS Y NAVA. Patología de la pobreza, 307

DIAGNOSTICO

PARAMETROS PARA LA DETERMINACION DE LA SALUD

El estado de salud de una comunidad puede ser determinado a través de dos modelos diferentes: (5)

MODELO DESCRIPTIVO:

Toma en cuenta únicamente la esperanza de vida al nacer, las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, de las cuales se hacen inferencias sobre aspectos de salud general de la población.

A pesar de lo grave de estas cifras, en los países subdesarrollados, se oculta una realidad aún más patética, no se señala la calidad de vida de los millones de seres humanos expuestos a la desnutrición, el abandono y la enfermedad.

Cabe señalar que la mayoría de los trabajos orientados a determinar los niveles de salud siguen este modelo.

MODELO EXPLICATIVO:

Toma en cuenta además de diversas estadísticas, los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte dentro del proceso salud-enfermedad de la comunidad.

"EN LOS GRUPOS SOCIALES DESFAVORECIDOS, MAS EXTRAORDINARIO QUE LA ALTA MORBILIDAD Y MORTALIDAD, ES EL HECHO DE QUE TANTOS SERES HUMANOS SOBREVIVEN EN UNA SITUACION DE MALAS CONDICIONES Y FALTA DE INSTALACIONES SANITARIAS" (6)

(5) M. TIMIO. Clases sociales y enfermedad, 144

(6) CELIS Y NAVA. Patología de la pobreza, 507

DIAGNOSTICO

MORTALIDAD GENERAL

La tasa de mortalidad general en México se ha reducido significativamente en el transcurso de los últimos años, pasando de 16 fallecimientos por cada mil mexicanos en 1950, a 10 en 1970 y a 5.9 en 1981" (7).

Pese a estos avances, las tasas de mortalidad general por entidad federativa, aunque han disminuido, siguen presentando desviaciones apreciables en relación al promedio nacional. Esto ha sido resultado, tanto de los fuertes desniveles regionales en el ingreso per cápita, como de una política de prestación de los servicios de salud que ha tendido a concentrar geográficamente los recursos en algunas regiones. En general se observa que las entidades del norte, presentan tasas más bajas en relación a las del centro y sobre todo, a las del sur del país.

Es decir, subsisten problemas que se manifiestan en dos órdenes: Una desigual distribución de los beneficios de los servicios de salud y una incidencia relativamente alta de defunciones en ciertas regiones del país, que podrían abatirse haciendo un mejor uso de los recursos con que cuenta el Sector. No obstante, hay que considerar que en la conformación del cuadro general de mortalidad del país inciden factores externos a la acción del Sector Salud, tales como la inequitativa distribución del ingreso por regiones y sectores de la población, los deficientes niveles de nutrición, los bajos índices de educación y las condiciones ambientales desfavorables.

(7) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 30

DIAGNOSTICO

MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad por tipo de enfermedad es sin duda, uno de los indicadores más palpables de la vinculación de los niveles de desarrollo socioeconómico de un país y el estado de salud de sus habitantes.

En países de nivel de desarrollo intermedio como el nuestro, el cuadro de mortalidad general combina enfermedades típicas de áreas subdesarrolladas y de regiones industrializadas. Por un lado se presentan enfermedades transmisibles de origen infeccioso parasitario y del aparato respiratorio, así como las originadas por deficiencias en la nutrición, y por otro, las patologías cardiovasculares, las derivadas de accidentes y las referidas a la salud mental.

DIAGNOSTICO

MORTALIDAD GENERAL

MEXICO 1981
CAUSAS DE MUERTE

ENFERMEDADES

INCLUYEN

Prevenibles por vacunación
4.15 por cada 100 mil habitantes



Difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis, sarampión y rabia.

Transmisibles
113.72 por cada 100 mil h.



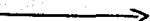
Tuberculosis, fiebre tifoidea, otras salmonelosis, disentería bacilar, disentería ambiana, enteritis y otras enf. diarreicas, tifus y otras rickettsiosis, paludismo, influenza, neumonía, bronquitis, sífilis, angina estreptocócica y escarlatina, infecciones menogonóccicas, lepra.

Deficiencias de la nutrición *
5.19 por cada 100 mil h.



Kwashiorkor, marasmo nutricional, otra desnutrición proteínocalórica y avitaminosis.

Accidentes
5.40 por cada 100 mil h.



Los provocados por los vehículos de motor, otros de transporte por fuego, ahogamiento, sumersión y envenenamiento.

Otras causas violentas
20.27 por cada 100 mil h.



Suicidios y lesiones autoinfringidas, homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, intervenciones legales.

Salud mental
5.21 por cada 100 mil h.



Psicosis, neurosis, retraso mental.

*El problema de la nutrición está subestimado por lo que a mortalidad se refiere, ya que generalmente el paciente desnutrido, especialmente si es menor, muere por complicaciones infecciosas, las cuales se consignan dentro de las transmisibles.

FUENTE: SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 33 y 47

DIAGNOSTICO

MORTALIDAD GENERAL

LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN
MEXICO 1981

	TASA*	PORCENTAJE
1. ACCIDENTES ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS	96.6	16.3%
2. ENFERMEDADES DEL CORAZON	70.5	12.2%
3. INFLUENZA Y NEUMONIAS	47.1	8.0%
4. ENTERITIS Y OTRAS ENF.DIARREICAS	45.0	7.6%
5. TUMORES MALIGNOS	38.9	6.6%
6. MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATALES	36.5	6.2%
7. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	21.7	3.7%
8. DIABETES MELLITUS	21.4	3.6%
9. CIRROSIS HEPATICA	20.7	3.5%
10. TUBERCULOSIS	9.3	1.6%

* TASA POR 100 MIL HABITANTES.

LAS CIFRAS DE MORTALIDAD DEBEN TOMARSE CON CIERTA RESERVA EN LA MEDIDA EN QUE EL REGISTRO DE LAS DEFUNCIONES EN CUANTO A SU NUMERO Y CLASIFICACION POR CAUSA, MUESTRA SERIAS DEFICIENCIAS.

FUENTE: SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 46

DIAGNOSTICO

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil en nuestro país se ha reducido considerablemente en los últimos años, como lo demuestran las siguientes cifras: Por cada 1000 niños nacidos vivos, morían en 1970, 68 y para 1981 esta cantidad se redujo a 35.

Entre las cuatro principales causas de mortalidad infantil, figuraban en 1981 las enfermedades infecciosas, las parasitarias, las carenciales y las del aparato respiratorio"(8).

(8) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 35 y 97

DIAGNOSTICO

MORBILIDAD

De 150 enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 58 pueden ser abatidas fácilmente en virtud de que se dote a la población de los mínimos de bienestar indispensables y se proporcione EDUCACION PARA LA SALUD.

Entre algunas de éstas se encuentran:

FIEBRE TIFOIDEA, SALMONELOSIS, AMIBIASIS, ENTERITIS, DIFTERIA, TOSFERINA, TETANOS, POLIO-MIELITIS, VIRUELA, SARAMPION, AVITAMINOSIS Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, NEUMONIAS, ENFERMEDADES DE LOS DIENTES, CIRROSIS E INFECCIONES Y ENFERMEDADES DE LA PIEL. *

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 50 a 59

DIAGNOSTICO

MORBILIDAD

MEXICO

LOS 10 PRINCIPALES PADECIMIENTOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN 1982

- 1.- Infecciones respiratorias agudas.
- 2.- Enteritis y otras Enfermedades diarreicas.
- 3.- Amibiasis y Shigelosis
- 4.- Otras parasitosis intestinales
- 5.- Influenza
- 6.- Neumonía
- 7.- Ascariasis
- 8.- Fiebre Tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis
- 9.- Varicela
- 10.- Angina estreptocócica y escarlatina.

FUENTE: SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 51

ESTRATEGIAS INTERNACIONALES

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

La Asamblea Mundial de la Salud decidió en 1977 que la principal meta social de los Gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud en los próximos decenios, debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva.

Posteriormente, los gobiernos se comprometieron en la Asamblea Mundial de Salud a nivel mundial y en los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud a nivel regional, a dar cumplimiento a las resoluciones adoptadas para el logro de la salud para todos. Esos mandatos culminaron en 1981 con la aprobación del Plan de Acción para la instauración de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000.

La meta de salud para todos, que los gobiernos del mundo y entre ellos México, se han propuesto alcanzar, exige extender los servicios de salud a toda la población. El proporcionar servicios de salud para todos, no es una tarea fácil y demanda que el gobierno intensifique las acciones orientadas a la satisfacción de los mínimos de bienestar y a la educación para la salud *.

La meta de salud para todos, no se refiere a soñar con un mundo utópico donde no habría enfermos ni impedidos. Se refiere a un mundo real donde los individuos, las familias y las comunidades no sólo tendrían acceso a la atención esencial de salud, sino que tendrían también de mejores medios para prevenir las enfermedades en sus casas, en sus escuelas y en sus lugares de trabajo y serían conscientes de su poder para librar al mundo de las enfermedades evitables y de las que se deben a la acción del hombre.

* Véase OPS. Salud para todos en el año 2000.

ESTRATEGIAS INTERNACIONALES

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata URSS, declaró que la Atención Primaria de Salud, como función central del Sistema Nacional de Salud y parte del desarrollo social y económico, es la clave para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000.

Los gobiernos del mundo en esta reunión adoptaron la siguiente definición de Atención Primaria (9):

"Atención Primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación..."

Las estrategias prioritarias de la Atención Primaria son:

- a) Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
- b) Organización y participación de la comunidad para su bienestar.
- c) Desarrollo de la articulación intersectorial.
- d) Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas.
- e) Disponibilidad y producción de insumos y equipos.
- f) Formación y utilización de recursos humanos.
- g) Financiamiento del Sector.
- h) Cooperación internacional.

(9) OPS. Salud para todos en el año 2000, 189

ESTRATEGIAS INTERNACIONALES

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- Es un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de los países y de sus comunidades.
- Se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de la investigación social, bio-médica y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.
- Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada, la capacitación de las comunidades.
- Comprende las siguientes actividades:
 - + La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
 - + La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
 - + Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
 - + La asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
 - + La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
 - + El suministro de medicamentos esenciales*.

* Véase OMS. Declaración de Alma-Ata, 2 y 3.

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud en México, se clasifican por su naturaleza en: Atención médica, Salud Pública y Asistencia Social.

ATENCIÓN MÉDICA

Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo a fin de proteger, promover y restaurar su salud. Involucra actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. Las primeras incluyen actividades de promoción general y de protección específica, las acciones curativas tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno y las actividades de rehabilitación incluyen acciones tendientes a prevenir, y corregir invalideces físicas o mentales.

SALUD PÚBLICA

Atiende problemas que rebasan el nivel individual y que requieren para su solución, acciones organizadas de carácter colectivo, con objeto de promover, fomentar y reestablecer la salud de la comunidad, elevar el nivel de bienestar y prolongar la vida humana. Las actividades de los servicios de salud pública se orientan básicamente a la prevención y control de padecimientos transmisibles y no transmisibles, vigilancia e investigación epidemiológicas, educación para la salud, nutrición, saneamiento básico y mejoramiento de la calidad del ambiente. El elemento distintivo de la salud pública es la orientación de sus acciones hacia la colectividad y no a personas consideradas individualmente.

ASISTENCIA SOCIAL

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

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 18 a 20

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

SALUD PUBLICA

" La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- El saneamiento del medio.
- El control de las infecciones transmisibles.
- La educación de los individuos en higiene personal.
- La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades.
- El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Estos beneficios deberán organizarse de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad " (10).

La Salud Pública comprende por tanto, cinco áreas definidas:

- Medicina preventiva.
- Vigilancia y control sanitarios.
- Salud ambiental y saneamiento básico.
- Vigilancia epidemiológica.
- Planificación familiar.

(10) L. VEGA FRANCO Y H. MANZANEDO. Bases esenciales de la Salud Pública, 6

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- Está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y por las personas físicas o morales de los sectores Social y privado, que prestan servicios de salud bajo la coordinación de la SSA.
- Tiene como objetivo general dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.
- Tiene como propósitos fortalecer y poner en marcha los mecanismos de coordinación y concertación de acciones con los Gobiernos de los Estados y con los sectores social y privado, que permitan racionalizar el uso de recursos disponibles, ampliar la cobertura de los servicios y homogeneizar su calidad básica para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.
- Enfatiza el fortalecimiento de la ATENCION PRIMARIA, como fórmula para proveer a toda la población de los servicios básicos de salud individual y colectiva, otorgando prioridad a la realización de ACCIONES PREVENTIVAS, EDUCATIVAS y asistenciales, así como de promoción y fomento del autocuidado de la salud y de conservación de condiciones sanitarias y ambientales * .

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 22 y 92

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

- Es un producto del Sistema Nacional de Planeación Democrática instituido por la Ley de Planeación, elaborado en función de los compromisos internacionales derivados del Plan de acción para la instrumentación de estrategias regionales de salud para todos en el año 2000.
- Es un instrumento normativo con caracter obligatorio, que guía los ejercicios programático-presupuestales anuales y de mediano plazo de las instituciones que integran el Sector Salud. Es decir, es un instrumento en el que se expresa la política nacional que orientará las acciones a desarrollar por los integrantes del Sistema Nacional de Salud.
- Es un instrumento que incorpora los propósitos que en materia de salud establece el Plan Nacional de Desarrollo, orientado al cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
- Tiene el propósito básico de mejorar el nivel de salud de la población, procurando ampliar la cobertura de los servicios con calidad básica homogénea y fortalecer las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos.
- Se encuentra articulado a partir de cinco estrategias básicas:
 - + Descentralización
 - + Sectorización
 - + Modernización administrativa
 - + Coordinación intersectorial
 - + PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD
- Se compone de 13 Programas de Acción, agrupados en torno a 6 objetivos generales y a 4 Programas de Apoyo. *

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 23, 92, 97 y 98

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

PROGRAMAS DE ACCION

- 1) Programas de acción vinculados a la ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención médica:
 - Programa de Atención Médica.
 - Programa de Atención Materno-Infantil.
 - Programa de Salud Mental,
- 2) Programa de acción para la prevención y control de enfermedades:
 - Programa de detección y control de enfermedades.
- 3) Programas de acción vinculados con la promoción de la salud:
 - PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD
 - Programa de Nutrición.
 - Programa de Salud ocupacional.
 - Programa contra las adicciones.
- 4) Programas de acción vinculados al control sanitario y ambiental:
 - Programa de Salud ambiental.
 - Programa de Saneamiento básico.
 - Programa de Control y Vigilancia sanitaria.
- 5) Programa de acción para contribuir al desarrollo demográfico armónico:
 - Programa de Planificación familiar.
- 6) Programa de acción para fortalecer la asistencia social:
 - Programa de Asistencia Social.

PROGRAMAS DE APOYO

- 1) Investigación para la salud, 2) Formación y desarrollo de Recursos Humanos para la Salud, 3) Información, 4) Insumos para la salud *

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 152

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA EDUCACION PARA LA SALUD:

- Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles, limitar las no transmisibles y los accidentes, otorgando prioridad a las acciones de caracter preventivo y a través de acciones de detección oportuna de enfermedades.
- PROMOVER la salud de la población disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el AUTOCUIDADO de la salud, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados y con especial participación de los grupos más vulnerables.
- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente, proporcionando niveles satisfactorios de salud en la población en general.
- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de salud de la población materno infantil.

META EDUCACION PARA LA SALUD

- Elaborar, instrumentar y consolidar un Programa de Educación para la salud para el 80% de la población mayor de 5 años, a través del sistema de educación formal y de la utilización de los medios de comunicación masiva *.

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 92,93 y 98

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

LINEAS ESTRATEGICAS DE ACCION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

- Formar un Comité Coordinador de los programas educativos en salud en el ámbito nacional y un Grupo Especial en cada entidad federativa, que se responsabilicen de la correcta ejecución del Programa de Educación para la Salud.
- Reestructurar la organización de los servicios de educación para la salud, en el nivel institucional y apoyarla con la participación de las instituciones que forman el Sector.
- Extender la cobertura de la educación para la salud a la totalidad de la población a través de la participación coordinada de las instituciones que forman el Sector.
- Optimizar el uso de los recursos promocionales existentes del Sector Salud, mediante su redistribución, asignando a cada promotor un área geográfica específica de operación.
- Promover la participación de los promotores, personal técnico y profesional de las dependencias extrasectoriales, que se encuentren relacionadas con la educación para la salud en las comunidades.
- Capacitar a los recursos humanos responsables de la operación de los programas promocionales y promover la formación de recursos técnicos y profesionales relacionados con la educación para la salud.
- Diseñar y aplicar criterios homogéneos en la transmisión de conocimientos y normar el uso de medios y la operación de programas.
- Desarrollar investigaciones orientadas a conocer los hábitos y costumbres de la población, así como las técnicas, procedimientos y materiales didácticos más adecuados.
- Capacitar y utilizar intensivamente a grupos organizados de la comunidad para la realización de acciones educativas en salud.

...

Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 208

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988

LINEAS ESTRATEGICAS DE ACCION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

- Desarrollar, a través del magisterio y previa capacitación, acciones de carácter educativo hacia escolares, para crear hábitos y costumbres que les permitan el autocuidado de su salud.
- Diseñar y desarrollar acciones educativas de cobertura nacional en todas las materias de salud, otorgando prioridad a las siguientes: Nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.
- Diseñar y desarrollar programas educativos específicos que respondan a necesidades regionales, de acuerdo a la población protegida por las instituciones, en materia de salud laboral, mejoramiento de la vivienda, abasto y manejo de agua, disposición de desechos, urbanización y recuperación de zonas de recreo, control de fauna nociva, inspección y control sanitario, problemas epidemiológicos y atención a la salud en zonas de desastre.
- Utilizar en mayor medida los medios de comunicación social como elementos informativos de apoyo.
- Proporcionar orientación y capacitación en aspectos de salud a los campesinos, especialmente a las mujeres.

Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 208

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (1983)

A partir del reconocimiento de que la salud es causa y efecto del desarrollo del país, el Plan, en el apartado correspondiente a salud, establece las estrategias fundamentales para dar efectividad al derecho a la protección de la salud.

LINEAMIENTOS DE ESTRATEGIA

- 1) Impulso de acciones preventivas.
- 2) Reorganización y modernización de los servicios a través de la integración del Sistema Nacional de Salud, apoyado en tres niveles de atención: 1o: Promoción de condiciones que mejoren el nivel de salud individual y comunitaria; 2o: Atención a los problemas que ameriten la intervención de los hospitales generales; 3o: Atención de los problemas que requieren la intervención de los hospitales de especialidad.

LINEAS GENERALES DE ACCION

- 1a. Prevención de enfermedades.
- 2a. Atención de la salud.
- 3a. Asistencia social.
- 4a., 5a. y 6a. Hacen alusión a la educación para la salud, al plantear las siguientes tareas:
 - Proporcionar a la población, información que le permita conocer los daños y riesgos a los que está expuesta, las medidas que puede utilizar para evitarlos, la responsabilidad que tienen del cuidado de su salud y los servicios disponibles para la protección de ésta.
 - Dar orientación nutricional a la población en general y otorgar alimentación complementaria a los menores de cuatro años y a mujeres en estado de embarazo o en período de lactancia.
 - Presentar de acuerdo a las características económicas, sociales y culturales de la población, servicios de planificación familiar y de paternidad responsable.

El Plan plantea también la necesidad de fortalecer los mecanismos que permitan la efectiva coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, para que la formación de recursos humanos se adecue a las características de los servicios.*

* Véase SPP. Plan Nacional de Desarrollo, 247

MARCO LEGAL

En nuestro país en los últimos años ha habido un trascendental avance en materia legislativa en el área de educación para la salud como lo demuestran:

- La adición en 1983 del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, referente al derecho a la protección de la salud.
- La publicación en 1984 de la Ley General de Salud en la que se reglamenta el derecho a la protección de la salud.

La nueva legislación en materia de salud, así como los nuevos instrumentos administrativos y técnicos, se han instrumentado con el propósito de posibilitar que nuestro país haga frente al compromiso contraído con la OMS, de dar salud a todos los habitantes en el año 2000.

SIN EMBARGO, ES IMPORTANTE TENER PRESENTE QUE LA SOLA PROMULGACION DE LEYES NO GARANTIZA MEJORES CONDICIONES DE SALUD PARA LA POBLACION.

MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

El texto original de la Constitución de 1917, aludía en el artículo 123 a algunas cuestiones relacionadas con la salud, unas como parte de la tutela obrera y otras como facultad del Congreso para legislar en materia de salubridad general. Posteriormente se incorporaron al texto constitucional otros preceptos que significaron aportaciones importantes en la definición del derecho a la protección de la salud.

En 1971, se adicionó la fracción XVI del artículo 73 para ampliar la competencia del Consejo de Salubridad General. Mas adelante en 1980, el artículo 4o. fue también adicionado para establecer la obligación de los padres a preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a su salud física y mental.

A últimas fechas y como aspecto trascendental, se publicó el 3 de febrero de 1985 en el Diario Oficial una nueva adición al artículo 4o. constitucional, en la que se regula el derecho de toda persona a la protección de su salud *.

* Véase SSA. Análisis de la Ley General de Salud, 525

MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ARTICULO 40.

"...toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...

...Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La Ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas"(11)

ARTICULO 123

V. "...Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación...

XIV Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores sufridos con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten...

XV El patrón estará obligado a observar de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contemplarán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso" (12).

(11) SG. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 34

(12) Ibidem, 127-131

MARCO LEGAL

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ARTICULO 73

"El Congreso tiene facultad..

- XVI Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y Salubridad general de la República.
- 1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.
 - 2a. En caso de epidemias de caracter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictaminar inmediatamente las medidas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.
 - 3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.
 - 4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor, en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que competan" (13)

(13) SG. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 81

MARCO LEGAL

LEY GENERAL DE SALUD (1984)

- Vigente a partir de julio de 1984, es el punto culminante de la modernización de la legislación sanitaria.
- Reglamenta el derecho a la protección de la salud enunciado en el artículo 40. Constitucional.
- Tiene como objetos:
 - + Definir la naturaleza del derecho a la protección de la salud.
 - + Establecer las bases legales del Sistema Nacional de Salud y de las modalidades del acceso a los servicios de salud.
 - + Dar impulso legal a la descentralización.
- Establece las normas básicas de integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Define los campos de salubridad general: Atención médica, Salud pública y Asistencia social.
- Define las facultades que se atribuyen a la SSA en su carácter de coordinadora del Sistema Nacional de Salud.
- Determina las bases para la coordinación eficaz entre las instituciones educativas y las de salud.
- Aborda todo lo referente a la información e investigación para la salud.
- Determina lo referente al control sanitario de la publicidad de productos, servicios y actividades vinculadas con la salud.
- Deroga el Código Sanitario de 1973 retomando algunas de sus disposiciones, entre las que se encuentran varias referentes a la educación para la salud.
- Considera a la educación para la salud como un servicio básico de salud tendiente a dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud *.
- * Véase SG. Ley General de Salud, 48 a 63

4.2.2. EDUCACION PARA LA SALUD

CONCEPCION

DE LA CONCEPCION QUE SE TENGA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD, VA A DEPENDER LAS CARACTERISTICAS QUE ADOPTE EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

"La educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de TRANSMISION DE CONOCIMIENTOS, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables a la salud" (14)

TENER ESTA CONCEPCION DE EDUCACION PARA LA SALUD SE TRADUCE EN:

- Llevar a cabo Programas con un caracter PALEATIVO-PATERNALISTA.
- Propiciar la PASIVIDAD y no permitir que el individuo haga suyos los conocimientos.
- Limitar la participación del individuo al tener la educación un caracter INFORMATIVO.

"La educación para la salud es una disciplina científica que estudia los factores que inciden en el proceso salud-enfermedad y los fundamentos educativos tendientes a crear CON-CIENCIA en los individuos del valor de la salud, con el fin de hacer de ella un bien co-mún y lograrla como un derecho"(15)

TENER ESTA CONCEPCION DE EDUCACION PARA LA SALUD SE TRADUCE EN:

- Realizar Programas CON las comunidades con un caracter FORMATIVO-TRANSFORMADOR.
- Lograr que el individuo APRENDA y se conciente de la necesidad de su PARTICIPACION.
- Propiciar la participación conciente y OR-GANIZADA del individuo.

LA EDUCACION PARA LA SALUD DEBERA CONTEMPLAR LOS ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA DE UN INDIVIDUO, UN GRUPO O UNA COLECTIVIDAD, QUE INFLUYEN EN LAS CREENCIAS, LAS ACTITUDES Y EL COMPORTAMIENTO RELACIONADOS CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, DE TAL FORMA DE ADOPTAR MEDIDAS Y REALIZAR ACTIVIDADES DESTINADAS A PRODUCIR LOS CAMBIOS NECESARIOS PARA CONTRIBUIR A ALCANZAR UN NIVEL DE SALUD OPTIMO.

(14) SSA. Normas, 12

(15) G. HERNANDEZ. Fundamentación Pedagógica de un curso sobre educación para la salud, 24

OBJETIVOS

- CONTRIBUIR A LA FORMACION DE UNA CONCIENCIA DEL VALOR SALUD QUE PERMITA AL INDIVIDUO AUNAR ESFUERZOS Y DIRIGIRLOS HACIA ACTIVIDADES TENDIENTES A FOMENTAR Y CONSERVAR LA SALUD PROPIA Y LA DE SU COMUNIDAD.

- LOGRAR QUE LA POBLACION IDENTIFIQUE LOS ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN LA PROBLEMATICA DE SALUD DE SU COMUNIDAD, A FIN DE QUE PARTICIPE EN ACCIONES CONJUNTAS QUE REDUNDEN EN MEJORES CONDICIONES DE SALUD.

- LOGRAR QUE CADA INDIVIDUO SE CONVIERTA EN UN PROMOTOR DE LA SALUD DENTRO DEL SE-
NO DE SU FAMILIA.

IMPORTANCIA

LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA INTERMINABLE LUCHA DEL HOMBRE POR LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO ES IMPORTANTE PORQUE:

- Juega un papel determinante en el MANTENIMIENTO y FOMENTO de la salud. → Necesidad de FORMACION de la mayoría de la población en aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad.
- Coadyuva en la ORGANIZACION de las comunidades para que enfrenten los problemas de salud. → Importancia de que la comunidad tome conciencia del valor salud y asuma una actitud de búsqueda constante de la causa-efecto del proceso salud-enfermedad.
- Coadyuva en la solución de la problemática de salud de la comunidad. → Necesidad de que a través de la participación de la comunidad, se propicie un mejoramiento en el nivel de salud.

EN TODO EL MUNDO EN LOS ULTIMOS AÑOS, HA AUMENTADO CONSIDERABLEMENTE LA IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LA EDUCACION PARA LA SALUD COMO MEDIO PARA PREVENIR Y COMBATIR LAS ENFERMEDADES Y FACILITAR LA PRESTACION DE LA ASISTENCIA MEDICA. UNA DE LAS RAZONES PRINCIPALES DEL INTERES CRECIENTE POR LA EDUCACION PARA LA SALUD, ES QUE MUCHOS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA ETIOLOGIA Y EVOLUCION DE LAS ENFERMEDADES Y CON EL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA SALUD SON ESENCIALMENTE CUESTIONES DE COMPORTAMIENTO HUMANO.

LIMITES DE INCIDENCIA

LA EDUCACION PARA LA SALUD, COADYUVA EN LA SOLUCION DE LA PROBLEMATICA DE SALUD DE LA COMUNIDAD YA QUE:

- El problema salud-enfermedad de la comunidad, trasciende el ámbito educativo.

- La educación para la salud no tiene posibilidades de cambio en las estructuras, pero sí puede incidir en el nivel de conciencia que tenga la comunidad de su problemática de salud.

AREA DE LA SALUD

Para Leavel y Clark los niveles de atención son cuatro:*

1. PROMOCION DE LA SALUD (Nutrición, EDUCACION PARA LA SALUD)
2. PROTECCION DE LA SALUD (Control o erradicación de las enfermedades, saneamiento, EDUCACION PARA LA SALUD)
3. RESTAURACION DE LA SALUD (Atención médica)
4. REHABILITACION

CORRESPONDIENDO ACTUAR A LA EDUCACION PARA LA SALUD PRINCIPALMENTE EN LOS DOS PRIMEROS NIVELES.

* Véase M. SANCHEZ ROSADO. Elementos de Salud Pública, 12

AREA DE LA EDUCACION

EDUCACION NO FORMAL

La educación no formal es un término convencionalmente utilizado para referirse a las experiencias educativas en las que es posible identificar las siguientes características:

- Tienen una clara orientación de clase, tanto en su población destinataria como en la formulación de sus prácticas y políticas educativas, ya que atienden generalmente las necesidades de los grupos sociales empobrecidos, desposeídos de poder alguno y localizados en los niveles más bajos de la estratificación social.
- Son intencionales.
- No conceden certificados, títulos o grados convalidados por las autoridades nacionales de educación.
- Tienen flexibilidad curricular y organizativa, es decir, patrocinadores diversos, métodos de instrucción diferentes e intervención de instructores voluntarios que no necesitan acreditar su preparación para desempeñarse como tales.
- Los participantes no necesitan contar con antecedentes escolares para ser admitidos.
- Tienen resultados más inmediatos que los logrados por la educación formal.

Véanse Congreso Nacional de Investigación Educativa, Documentos Base, Anexo B G. CIRIGLIANO y C. PALDAO. La educación de adultos en América Latina, hipótesis interpretativa y perspectivas, 321 a 334

DESARROLLO

La EDUCACION PARA LA SALUD, como actividad informal, evolucionó en forma paralela al progreso de la medicina, sufriendo un estancamiento temporal en la Edad Media, para renacer con la experimentación en los siglos posteriores, hasta convertirse en una disciplina, con el desarrollo de la bacteriología y de la epidemiología en el siglo pasado.

Los inicios de la educación para la salud como actividad SISTEMATICA, se sitúan a partir del Siglo XIX, cuando florecieron diversos descubrimientos de antisepsia, reforzados por otros anteriores como el microscopio y la vacuna, que demostraron como, las enfermedades contagiosas, producto de la invasión de agentes patógenos, se adquirían por las condiciones sanitarias inadecuadas y por la falta de educación en el mantenimiento de la salud *.

* Véase M. SANCHEZ ROSADO. Elementos de Salud Pública, 35

EVOLUCION INSTITUCIONAL EN MEXICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EPOCA PRE HISPANICA	Los indígenas practicaban la educación para la salud, como lo demuestran los consejos sobre salud-enfermedad encontrados en los Códices indígenas.
EPOCA COLONIAL	Había disposiciones en las que se obligaba a la población bajo amenaza de castigo, a practicar la limpieza de las calles y lotes baldíos, a proteger los depósitos de agua y a vacunarse.
1846	Se crea el Consejo Superior de Salubridad, las Juntas de Salubridad en cada uno de los Estados y las Juntas de Sanidad en los puertos.
1857	La participación de los servicios de atención médica correspondía a la jurisdicción de los Estados (disposición establecida por la Constitución de 1857).
1882	Se realiza el Primer Congreso Pedagógico para el Estudio y Resolución de la Higiene Escolar.
1891	Aparece el primer Código Sanitario, en el que se asientan por escrito, medidas educativas destinadas a conservar la salud.
1892	El Dr. Manuel Septién, propone la creación de un Ministerio de Salubridad en México. Se promulga un nuevo Código Sanitario.
1907	México acepta las reglas votadas en el Congreso de Roma y se compromete a ayudar a la Oficina Internacional de Higiene Pública, con sede en París.
1908	Se reforma la Constitución para ampliar la competencia federal y encomendar a los poderes de la Unión, la salubridad de la República.
1910	México firma los Acuerdos Panamericanos sobre la Salud. ...

Véase J. ALVAREZ AMEZQUITA. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México

EVOLUCION INSTITUCIONAL EN MEXICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1917	Se promulga la Constitución que aún nos rige y en ella se incluye el artículo 73, referente a la facultad del Congreso de legislar en materia de <u>salubridad general</u> .
1920	Se crea el Instituto de Higiene.
1921	Se crean la Escuela de Salubridad y la primera Oficina de Propaganda y <u>Educación Higiénica</u> .
1922	Se realiza la Primera Convención Sanitaria Nacional.
1924	Se establece el servicio de Higiene Escolar, a cargo de la SEP.
1925	Se promulga un nuevo Reglamento de Salubridad Pública. Se transmiten por primera vez por la radio, conferencias sobre temas <u>sanitarios</u> .
1926	Se expide un nuevo Código Sanitario.
1929	Se crean el INPI y el Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social.
1931	Se expide la Ley Federal del Trabajo, la cual rige los accidentes de <u>trabajo</u> y las enfermedades profesionales.
1933	Se imparten los primeros cursos de educación para la salud por <u>correspondencia</u> a maestros de escuelas primarias.
1934	Se promulga otro Código Sanitario.
1940	Se crean Comités Foráneos de Educación Higiénica en un gran número de <u>comunidades</u> .

...

Véase J. ALVAREZ AMEZQUITA. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México

EVOLUCION INSTITUCIONAL EN MEXICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1917	Se promulga la Constitución que aún nos rige y en ella se incluye el artículo 73, referente a la facultad del Congreso de legislar en materia de <u>salubridad</u> general.
1920	Se crea el Instituto de Higiene.
1921	Se crean la Escuela de Salubridad y la primera Oficina de Propaganda y <u>Educación</u> Higiénica.
1922	Se realiza la Primera Convención Sanitaria Nacional.
1924	Se establece el servicio de Higiene Escolar, a cargo de la SEP.
1925	Se promulga un nuevo Reglamento de Salubridad Pública. Se transmiten por primera vez por la radio, conferencias sobre temas <u>sanitarios</u> .
1926	Se expide un nuevo Código Sanitario.
1929	Se crean el INPI y el Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social.
1931	Se expide la Ley Federal del Trabajo, la cual rige los accidentes de <u>trabajo</u> y las enfermedades profesionales.
1933	Se imparten los primeros cursos de educación para la salud por <u>correspondencia</u> a maestros de escuelas primarias.
1934	Se promulga otro Código Sanitario.
1940	Se crean Comités Foráneos de Educación Higiénica en un gran número de <u>comunidades</u> .

...

Véase J. ALVAREZ AMEZQUITA. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México

EVOLUCION INSTITUCIONAL EN MEXICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1942	Se firma la Ley del Seguro Social. Se establece el Museo Nacional de Higiene.
1943	El General Avila Camacho crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en la que se instituye la Dirección de Educación para la Salud.
1946	Se inaugura el primer Centro de Salud y se lleva a cabo el Primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia.
1952	El Comité de Expertos de la OMS define los objetivos de la educación para la salud, mismos que fueron aceptados y validados por todos los países miembros, entre los que se encontraba México.
1953	Se establece el Programa de Bienestar Rural, teniendo como finalidad la salud y el bienestar integrales.
1959	Se adiciona el apartado B del artículo 123 Constitucional, que contiene las bases fundamentales para la salud y seguridad social de los trabajadores al servicio del estado.
1968	Se crea la IMAN con la finalidad de contribuir a resolver los problemas de salud y protección de los menores.
1971	Se expide la primera ley que controla la contaminación ambiental, encargándosele a la SSA su aplicación.
1973	Se promulga el último Código Sanitario. Se elabora el Plan Nacional de Salud, en el que se establece la fundamentación jurídica en materia de educación para la salud.
1977	Se establece el Sector Salud, con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, bajo la coordinación de la SSA. (No abarcaba la totalidad de las entidades que prestan servicios de salud, puesto que no fueron incluidos el IMSS, el ISSSTE y el DIF). ...

Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988

EVOLUCION INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- 1978 Se instituye la Comisión Intersectorial de Saneamiento Ambiental.
Se crea el Gabinete de Salud.
- 1979 Se crea el Programa IMSS-COPLAMAR para prestar servicios médicos a la población de escasos recursos en zonas rurales marginadas.
- 1982 Se instituyen Subcomités de Salud y Seguridad Social en los Estados de la República.
El Sector Salud queda integrado por las entidades agrupadas administrativamente que cuentan con Programas, funciones y servicios de salud de todas las dependencias y entidades que componen la Administración Pública Federal.
- 1983 Se instala el Gabinete de Salud, formado por el titular de la SSA, de la SPP y de la Contraloría General de la Federación y por los Directores Generales del IMSS, ISSSTE y del DIF.
Se elabora el Plan Nacional de Desarrollo, en el que se incluye un apartado sobre salud.
- 1984 Se promulga la Ley General de Salud.
Se crea el Sistema Nacional de Salud bajo la coordinación de la SSA y se elabora el Programa Nacional de Salud 1984-1988.
Se deroga el Código Sanitario de 1973.
- 1985 Se publica una nueva adición al artículo 4o. Constitucional en la que se regula el derecho a la protección de la salud.
El nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia por el de Secretaría de Salud.

Véase J. ALVAREZ AMEZQUITA. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988.

PARTICIPACION INSTITUCIONAL

A los Sectores Salud y Educación les corresponde en México llevar a cabo acciones de educación para la salud, a través de las siguientes dependencias:

SECTOR SALUD

SECRETARIA DE SALUD (SSA)
Dirección General de Educación
para la Salud

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS)
Departamento de Educación para
la Salud y Adiestramiento

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO (ISSSTE)
Oficina de Promoción y Fomento de la
Salud

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)
Departamento de Salud Comunitaria

SECTOR EDUCACION

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA (SEP)
Dirección General de Higiene Escolar

PROFESIONISTAS QUE INTERVIENEN

ASOCIACION DIRECTA

Médicos
Odontólogos
Enfermeras

ASOCIACION INMEDIATA

Agrónomos
Veterinarios
Ingenieros Sanitarios
Epidemiólogos
Nutricionistas
Ingenieros Industriales
Ingenieros en procesa-
miento de alimentos

ASOCIACION MEDIATA

Sociólogos
Pedagogos
Economistas
Antropólogos
Administradores
Maestros
Educadores
Sanitaristas
Trabajadores Sociales

Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud.
Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria

PROBLEMÁTICA

Los países del Tercer Mundo han tenido que afrontar sus problemas de salud como consecuencia de su dependencia económica, científica y tecnológica, implantando modelos sanitarios copiados de los países capitalistas, que giran alrededor del modelo biomédico individual y reparador del daño; dándose poca atención a la prevención, en el ejercicio de este modelo.

Además de lo expuesto, en materia de educación para la salud en México se presenta la siguiente problemática:

- La falta de una concepción integral de esta disciplina ha dado por resultado la formulación y ejecución de Programas verticales.
- No existe una normatividad idónea en lo operativo, organizativo y de funcionamiento que permita tener resultados en el área de educación para la salud, es decir, hay ausencia de planificación y organización nacional.
- Hay carencia de información estadística confiable, oportuna, suficiente y congruente, constituyendo un obstáculo para la planeación de actividades.
- Hay escasos recursos físicos y financieros para el desarrollo de Programas. "Durante el período 1978-1984, del presupuesto correspondiente al Sector Salud, el 70% se destinó al Programa de Atención Curativa. Esto contrasta con los porcentajes destinados a la Atención Preventiva: 6 %, a la capacitación de la población: 1%, a la formación de recursos humanos: 6% y a la investigación científica y tecnológica: 1%" (16)
- La infraestructura para proporcionar capacitación y adiestramiento a personal técnico, así como para la formación del personal profesional en el campo de la salud pública es insuficiente, por lo que hay una carencia de recursos humanos capacitados.
- Hay reducida coordinación entre las instituciones del Sector Salud y del Sector Educación, ocasionando la duplicidad de funciones y la subutilización de recursos.
- No se han articulado adecuadamente acciones intersectoriales que incidan de manera fundamental en los niveles de salud, tales como: vivienda, agua potable y drenaje.
- No hay en el ámbito nacional procedimientos uniformes para la validación, conducción y evaluación de investigaciones en salud pública.

(16) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 70

ACCIONES A REALIZAR

Para que la educación para la salud pueda constituirse en una herramienta que permita prevenir y mantener la salud se considera necesario:

- Otorgar a la educación para la salud la importancia que tiene dentro del proceso salud-enfermedad, es decir, destinarle mayores recursos y esfuerzos reales.
- Considerar a la educación para la salud como una estrategia operativa permanente de las actividades que en torno a la salud se lleven a cabo.
- Cambiar la concepción de la práctica educativa informativa y pasiva por la de formativa y participativa.
- Plantear estrategias de acción basadas en la participación de la comunidad.
- Realizar acciones de educación para la salud con las comunidades de manera sistematizada, permanente, integral y continua, en función de sus necesidades y problemática.
- Establecer una coordinación intersectorial, con la finalidad de que las acciones del Sector Salud se apoyen y complementen con acciones a cargo de otros Sectores.
- Optimizar el uso de recursos humanos y materiales.
- Crear un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de tal forma que se cuente con la información veraz y oportuna en relación al proceso salud-enfermedad.
- Evaluar el impacto de las acciones que se lleven a cabo con la comunidad.

ACCIONES A REALIZAR

Para que la educación para la salud pueda constituirse en una herramienta que permita prevenir y mantener la salud se considera necesario:

- Otorgar a la educación para la salud la importancia que tiene dentro del proceso salud-enfermedad, es decir, destinarle mayores recursos y esfuerzos reales.
- Considerar a la educación para la salud como una estrategia operativa permanente de las actividades que en torno a la salud se lleven a cabo.
- Cambiar la concepción de la práctica educativa informativa y pasiva por la de formativa y participativa.
- Plantear estrategias de acción basadas en la participación de la comunidad.
- Realizar acciones de educación para la salud con las comunidades de manera sistematizada, permanente, integral y continua, en función de sus necesidades y problemática.
- Establecer una coordinación intersectorial, con la finalidad de que las acciones del Sector Salud se apoyen y complementen con acciones a cargo de otros Sectores.
- Optimizar el uso de recursos humanos y materiales.
- Crear un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de tal forma que se cuente con la información veraz y oportuna en relación al proceso salud-enfermedad.
- Evaluar el impacto de las acciones que se lleven a cabo con la comunidad.

CAMPO

HIGIENE

CONCEPTO

"La Higiene es el conjunto de cuidados que habitualmente debe observar el individuo con la finalidad de conservar y proteger la salud"(17).

IMPORTANCIA

La salud se conquista mediante prácticas cotidianas, una de ellas LA HIGIENE es la forma más sencilla para prevenir enfermedades y por ende fomentar la salud.

Las enfermedades asociadas a las malas condiciones de higiene pueden ser abatidas en una gran mayoría, en la medida en que la propia población las identifique y las corrija.

PROBLEMATICA

- El hecho de que en una gran mayoría de la población mexicana no exista el hábito del lavado de manos, es el responsable, en gran parte, de que las enfermedades gastrointestinales ocupen los primeros lugares entre las causas de morbi-mortalidad en el país. La amibiasis, por ejemplo, se transmite por contaminación fecal fresca, por medio de las verduras contaminadas, mediante el consumo de agua contaminada y por las manos de las personas infectadas que manipulan alimentos.
 - La falta de higiene en el manejo, preparación y conservación de los alimentos es la responsable de la mayoría de las intoxicaciones alimentarias y de las hepatitis infecciosas.
 - El ciclo desnutrición-diarrea en niños menores de cuatro años está muy relacionado con la preparación de alimentos con las manos sucias, el manejo de biberones contaminados y el consumo de alimentos sin lavar o mal lavados.
 - Entre algunas enfermedades relacionadas con la falta de higiene se encuentran: la fiebre tifoidea, otras salmonelosis, la enteritis y otras enfermedades diarreicas, y algunas enfermedades de los dientes y de la piel.
 - En los últimos años ha aumentado los casos de enfermedades transmisibles y los padecimientos de enteritis y otras enfermedades diarreicas, así como de amibiasis y de salmonelosis, pudiéndose interpretar esto como una carencia cada vez mayor de educación para la salud.
 - Es necesario tener presente que la falta de agua potable dificulta muchas veces la práctica de hábitos higiénicos. *
- ...

(17) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 47

* Véase SSA. Normas, 115 a 119

CAMPO

HIGIENE

FACTORES A CONSIDERAR

- AGUA
 - + Disponibilidad
 - + Fuentes y almacenamiento
 - + Calidad
 - + Usos
 - + Enfermedades asociadas
- ELIMINACION DE DESECHOS
 - + Características
- VIVIENDA
 - + Características
- ANIMALES E INSECTOS (FAUNA NOCIVA)
 - + Tipos
- HIGIENE DE LOS ALIMENTOS
 - + Conservación y almacenamiento de los alimentos en la casa, las tiendas, los restaurantes, las fondas y el mercado*

* Véase I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, 35

CAMPO

SANEAMIENTO

CONCEPTO

"El saneamiento es el conjunto de acciones tendientes a lograr la conservación y el mejoramiento del medio físico en beneficio de la salud humana" (18).

IMPORTANCIA

La conservación del medio físico es determinante para el mantenimiento de la salud de la población.

Una parte de la solución de la problemática depende de las industrias y de la dotación de servicios que proporcione el gobierno, la otra, depende de que se realicen acciones en materia de educación para la salud.

PROBLEMÁTICA

- La tendencia irracional hacia la industrialización a toda costa, subestima la gravedad del daño a la salud que provoca al individuo y a la ecología y el alto costo económico y social.
- El deterioro ambiental con una incidencia directa en la salud se manifiesta en degradación atmosférica en las grandes ciudades, contaminación química y bacteriológica en alimentos y agua entubada, contaminación de los suelos en áreas urbanas mediante el depósito de desechos industriales y trastornos de carácter psicosomático provocados por los altos niveles de ruido.
- Gran parte de nuestra población no está debidamente educada para proteger y conservar el medio ambiente que le rodea. Son prácticas comunes: no afinar automóviles y camiones con frecuencia, arrojar basura a la vía pública, defecar al aire libre, incinerar a cielo abierto y contaminar con ruido, sin considerar el riesgo que estas acciones tienen para la salud propia y la de los demás.
- La contaminación atmosférica en los núcleos urbano-industriales, que tiene como origen las emisiones industriales y vehiculares de óxidos, hidrocarburos y metales, representa un serio problema de salud pública, del que los conductores de vehículos son corresponsables.
- La ciudad de México está considerada como la ciudad más contaminada del mundo. En 1980 la contaminación atmosférica alcanzó 16 millones de toneladas de contaminantes, de los cuales, el 65% procedía de vehículos y el 35% de fuentes industriales (19).

(18) SSA. Normas, 106

(19) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 220

CAMPO

SANEAMIENTO

PROBLEMATICA

- La basura además de ser un problema desde el punto de vista estético, constituye un peligro para la salud, al contaminar los suelos y el aire y favorecer la cría y desarrollo de insectos y roedores que ocasionan serias enfermedades como la fiebre tifoidea, la diarrea y la parasitosis.
- "A nivel nacional se genera un total de 20' 800,000 Toneladas al año de basura, de la cual se recolecta el 80%"(20).
- El fecalismo al aire libre constituye una práctica nociva extendida particularmente en los medios suburbano y rural, debido a la carencia de disposición de excretas. Las heces, portadoras de múltiples gérmenes, contaminan el agua, la tierra y el aire y como consecuencia manos y pies descalzos de niños y mayores, convirtiéndose en fuente potencial de transmisión de enfermedades.
- La incineración al aire libre y la emisión de ruidos por bocinazos de automóviles y escapes de vehículos de diversos tipos, son indicadores de la falta de responsabilidad hacia el cuidado de la salud. "El ruido en algunas zonas de las grandes urbes alcanza niveles promedio diario superiores a los 85 decibeles, cantidad superior a la máxima permisible para el ser humano"(21)
- Entre algunas enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental están: los tumores, las enfermedades obstructivas crónicas, la influenza y las neumonías.

ASPECTOS A CONSIDERAR

- RECOLECCION DE BASURA
 - + Prácticas
 - + Servicios
- DISPOSICION DE EXCRETAS
 - + Características

(20) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 40

(21) Ibidem, 81

CAMPO

NUTRICION

CONCEPTO

"La nutrición es el estudio de los alimentos y su acción o efecto en el organismo"(22)

IMPORTANCIA

Para mantener la salud del individuo es necesaria y fundamental una alimentación adecuada, la que se logra a través de la ingestión diaria de una dieta balanceada, suficiente y variada. Una correcta alimentación favorecerá el normal crecimiento y desarrollo del niño y constituirá un elemento para la prevención de enfermedades.

PROBLEMATICA

- El estado general de nutrición del país, presenta dos rasgos característicos: una deficiencia crónica en el consumo de productos básicos en ciertos estratos y zonas y una dieta alimenticia desbalanceada que afecta a la mayor parte de la población.
- La inequitativa distribución de los alimentos entre los estratos de la población, hace que aproximadamente un 40% no alcance a cubrir los requerimientos mínimos y sufra los resultados de una alimentación inadecuada, condicionada por dietas en las que predominan el maíz, el frijol, algunos vegetales y muy ocasionalmente alimentos de origen animal y que sólo un 18% de la población ingiera dietas balanceadas" (23).
- Las carencias en la dieta habitual de la población mexicana, por su magnitud y trascendencia, constituyen un problema de salud pública. Las deficiencias dietéticas son un factor que eleva la vulnerabilidad de las enfermedades. Las tasas de mortalidad infantil y preescolar están estrechamente vinculadas con factores de carácter nutricional. "De los 2 millones de niños que nacen actualmente, 100,000 mueren antes de los 5 años de edad y alrededor de 1 millón sobreviven con deficiencias físicas o mentales por insuficiencia alimentaria" (24).
- Un buen número de mujeres mal nutridas durante el embarazo tienen productos con bajo peso al nacer, como consecuencia, el grupo preescolar presenta desnutrición en un alto porcentaje.

...

(22) I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, 27

(23) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 41

(24) Ibidem, 42

CAMPO

NUTRICION

PROBLEMATICA

- Los desórdenes en los horarios de las comidas, la ingestión excesiva de alimentos grasos e irritantes y el consumo exagerado de refrescos embotellados, constituyen una práctica común en un gran número de personas realmente perjudicial, al no permitir que se cubran las necesidades del organismo.
- Entre algunas enfermedades relacionadas con los hábitos de alimentación y consumo inadecuado están: la diabetes, la cirrosis, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades esquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, el marasmo, la anemia, la hipovitaminosis, la hipervitaminosis y la obesidad*.

CONSIDERACIONES

- En la dieta que consume cada familia influyen aspectos económicos, culturales y educativos. El ingreso familiar afecta la dieta de nuestra población; no obstante, las costumbres y hábitos con respecto a la alimentación, agudizan el problema de la desnutrición.
- Los patrones de consumo se han distorsionado en perjuicio de la salud y a favor del crecimiento de la producción.
- Es necesario llevar a cabo acciones de educación para la salud que permitan a la población conocer el buen uso y aprovechamiento de alimentos disponibles de bajo costo y calidad nutricional.
- Es importante conocer las necesidades nutricionales y los hábitos alimenticios de la comunidad.

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 209

CAMPO

ACCIDENTES

CONCEPTO

" El accidente es el hecho que se presenta en forma inesperada, que puede dañar temporalmente la salud o causar la muerte" (25).

PROBLEMATICA

- El dinamismo y las características del proceso de industrialización, han originado que los accidentes se conviertan en un serio problema de salud pública, como lo demuestra el hecho de que ocupen el primer lugar como causa de muerte en el grupo de edad productiva en nuestro país, con las repercusiones que esto acarrea para la economía nacional * .
- Los accidentes en el hogar son frecuentes y afectan principalmente a los menores entre 1 y 14 años de edad, siendo los más comunes las caídas, las quemaduras, las intoxicaciones, las electrocuciones y los ahogamientos.
- " La mortalidad por accidentes de tránsito ocupa el tercer lugar entre las diez principales causas de muerte en México, correspondiendo al 71% del total de accidentes"(26)
- La carencia de educación vial se refleja en el exceso de velocidad, el conducir bajo la influencia del alcohol, el no respetar las señales de tránsito, la distracción, el no guardar la distancia reglamentaria entre un vehículo y otro, el no dar mantenimiento periódico a los vehículos y la imprudencia del peatón.
- Los sistemas modernos de trabajo que en ocasiones no ofrecen las medidas de seguridad adecuadas, aunados a la utilización de nuevas fuentes de energía y de nuevos materiales y a factores como la irresponsabilidad y la ignorancia, han ocasionado en los últimos años un incremento en la morbi-mortalidad de la población trabajadora. " Para 1982 por cada 100 trabajadores se lesionaron 13.5, registrándose por cada 100 accidentes 2 incapacidades permanentes" (27).
- Los accidentes y las enfermedades de trabajo ocasionan al país ausentismo, baja productividad y altos costos erogados por las instituciones de salud y seguridad social. ...

(25) SSA. Normas, 293

* Véase SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 34

(26) Ibidem, 202

(27) Ibidem, 210

CAMPO

ACCIDENTES

PROBLEMATICA

- Los accidentes en general, acarrear serias consecuencias de orden económico: erogaciones inesperadas que desajustan el presupuesto familiar, posibilidad de que el lesionado se convierta en un ser dependiente o que disminuya su vida productiva y pérdida de recursos humanos.

CONSIDERACIONES

- La falta de un adecuado sistema de registro impide conocer con precisión la trascendencia de los accidentes.
- El descuido, la irresponsabilidad y la ignorancia son los principales factores que intervienen en los accidentes que en México se producen diariamente.
- El estado social influye sobre el fenómeno de los accidentes de los niños en la calle, ya que la mayor parte de los niños gravemente heridos o muertos en la vía pública, pertenecen a familias de escasos recursos que habitan en casas superpobladas o sin espacio para jugar.
- La gran frecuencia de accidentes en el hogar requiere la urgente necesidad de llevar a cabo acciones educativas a todos los niveles cuyo objetivo primordial sea fomentar el valor del concepto salud, a través de la prevención de accidentes.
- A los Sectores Salud, Educación y Tránsito, les corresponde llevar a cabo conjuntamente Programas tendientes a propiciar que quienes manejan un automóvil, sean realmente concientes de lo que implica tal responsabilidad.
- Es necesario crear normas para la previsión de accidentes y riesgos de trabajo.
- Las medidas de protección y la investigación en materia de accidentes serán ineficaces si no se cuenta con el apoyo de la educación para la salud, como lo demuestran: los obreros que no utilizan los equipos de protección a pesar de existir éstos y de la obligación de usarlos; los automovilistas que no usan el cinturón de seguridad a pesar de traerlo en sus asientos y las amas de casa, que mantienen apagados, por descuido, los pilotos de estufas y calentadores.

CAMPO

FARMACODEPENDENCIA

CONCEPTO

"La farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma periódica o continua, a fin de experimentar los efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación" (28).

IMPORTANCIA

Si a los niños y a los jóvenes se les hace concientes de los daños y repercusiones del uso y abuso de las drogas, se estará dando un gran paso para la solución del problema de la farmacodependencia.

PROBLEMATICA

- La farmacodependencia, representa un grave problema social y de salud mental en nuestro país.
- El consumo de drogas por los jóvenes en México, se ha incrementado a partir de los años setentas. Esto representa un problema que no puede permanecer ignorado, debido a que significa una verdadera amenaza para la salud de la juventud, futuro del país.
- El uso indebido de sustancias inhalantes, uno de los principales problemas de farmacodependencia en el país, especialmente entre los niños y jóvenes de 10 a 18 años de edad que viven donde prevalece la pobreza, repercute en irresponsabilidad, enfermedades, apatía y bajo rendimiento escolar. La inhalación de sustancias tóxicas es frecuente también en tre los menores que realizan actividades en la vía pública, como los vendedores ambulantes y los traga fuego.
- "El 12% de los estudiantes de 14 a 18 años y el 23% de los universitarios, han reportado el uso de fármacos, siendo mayor el consumo de drogas entre los jóvenes no estudiantes.
- Las drogas más frecuentemente utilizadas son: la marihuana, las sustancias inhalantes (tiner y cemento), las anfetaminas y otras como los sedantes psicotrópicos, consumiéndose la cocaína principalmente entre las clases pudientes.
- "El 90% de los farmacodependientes corresponde al sexo masculino el 77% son poliusuarios y el 57% no tiene ocupación fija" (29).

(28) SSA. Normas, 261

(29) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, 214

CAMPO

FARMACODEPENDENCIA

CONSIDERACIONES

ENTRE LOS PRINCIPALES ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA ESTAN:

- El HACINAMIENTO en las ciudades.
- La gran INCONFORMIDAD con el sistema de vida.
- Los CAMBIOS acelerados en la sociedad con la pérdida de VALORES.
- El DEBILITAMIENTO progresivo de la unidad FAMILIAR.
- La PRESION que recibe el joven del grupo con el que convive.
- La IMITACION que hace de las actitudes de jóvenes de OTROS PAISES.
- La existencia de TRAFICANTES de droga interesados en incrementar el consumo entre los jóvenes.
- La FACIL adquisición de algunos fármacos, como las sustancias volátiles.

CAMPO

PLANIFICACION FAMILIAR

CONCEPTO

"La planificación familiar es la decisión libre y responsable de los cónyuges para determinar el número de hijos que desean tener, de acuerdo a sus capacidades, para satisfacer los requerimientos materiales y educativos que exige la dignidad humana a los descendientes" (30).

PROBLEMATICA

- Las tasas de crecimiento demográfico continúan siendo elevadas para los propósitos generales del desarrollo. No obstante los resultados que en la última década ha tenido El Programa Nacional de Planificación Familiar, presenta todavía algunas carencias como: niveles de deserción significativos y penetración insuficiente en los medios sub^ur^ubano y rural. *
- La elevada fecundidad no deseada en los medios suburbano y rural en nuestro país, está influyendo negativamente en la salud y el bienestar de las personas y de las familias, siendo las mujeres y los niños las víctimas principales.
- Embarazos muy numerosos, muy frecuentes, muy precoces o muy tardíos son unas de las causas principales de morbi-mortalidad de madres, lactantes y niños pequeños.
- Se está presentando todavía en numerosas familias una actitud irreflexiva en relación al número de hijos, en gran parte ocasionada por la falta de orientación sexual, por el desconocimiento de los métodos de anticoncepción y por su uso inadecuado y poco consistente.
- La planificación familiar presenta un problema en las relaciones familiares, dado que los juicios, los valores y las normas transmitidos por la educación familiar y social tradicional, provocan que la mujer y el hombre entren en conflicto al acudir a la supervisión médica para evitar los embarazos.

...

(30) SSA. Normas, 106

* Véase I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud, 35

CAMPO

PLANIFICACION FAMILIAR

PROBLEMATICA

- Frecuentemente la vida familiar no se asume con un sentido de responsabilidad y conocimiento, predominando conductas impulsivas, al carecerse de una planeación de la vida presente y futura, como lo demuestran los índices cada vez mayores de abortos, violaciones, embarazos de alto riesgo y maltrato al menor, que reflejan una postura ante la sexualidad y la conducta reproductiva, que dista mucho de ser favorable.

ASPECTOS A CONSIDERAR

- Cuestiones vinculadas al crecimiento de la población.
- Tamaño, distribución y composición de la población.
- Cambios demográficos.
- Métodos de regulación de la fertilidad.
- Servicios clínicos.

**4.2.3. PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE
EN LA EDUCACION PARA LA SALUD**

CONCEPCION DE EDUCACION

El ser humano, cualquiera que sea su situación social, tiene entre sus necesidades intrínsecas comprender la sociedad que lo rodea y su situación en ella. Una educación que ayude al individuo a orientarse en la complejidad de su sociedad, a relacionar su mundo personal y su pequeño grupo con el mundo que lo rodea, a descifrar los códigos sociales explícitos o implícitos, posiblemente no solucione sus problemas inmediatos, ni produzca cambios sociales importantes a corto plazo, pero no podrá ser considerada como irrelevante, ni ser acusada de manipuladora.

"Un modelo de sociedad más igualitario y participativo puede ser estimulado y reforzado por la educación, siempre y cuando entendamos por ésta la interrelación dialéctica entre la práctica y la teoría, entre la acción y la reflexión para cualificar la acción.

Una reflexión develadora de la realidad, permite el conocimiento más cercano de la misma, es la posibilidad de una práctica más libre, la posibilidad de construir un proyecto histórico, a partir de una realidad concreta, pero afín a los intereses de los sujetos históricos" (31).

La educación como praxis, se caracteriza como una responsabilidad comunitaria, como una empresa esencial o inherente al proyecto de vida del ser humano individual y social a lo largo de toda su existencia, como un vehículo de transmisión cultural, como una acción de transformación de la realidad en la problemática múltiple de las condiciones concretas de existencia*.

(31) P. FREIRE. Extensión o Comunicación, la concientización en el medio rural, 17

* C. PICON. La educación de adultos en América Latina en la década de los ochenta, situación y perspectivas, 341 y 342

CONCEPCION DE DIDACTICA

La educación para la salud requiere de una didáctica cuyas características sean el ser concientizadora, estimuladora del espíritu crítico y creador y con líneas de acción orientadas a CAMBIAR esquemas hasta ahora fomentados, tales como: actitud RECEPTIVA y PASIVA del educando y OMNISAPIENCIA del educador.

En este sentido es necesario para llevar a cabo acciones de educación para la salud, partir del siguiente concepto de didáctica:

"CAMPO PEDAGOGICO QUE MARCA LOS LINEAMIENTOS PARA LAS ESTRATEGIAS DE ACCION EN LA PRACTICA EDUCATIVA, CON BASE EN EL ANALISIS DE LOS ELEMENTOS QUE PARTICIPAN EN ELLA, ORIENTADO A CAMBIAR ESQUEMAS DE ACCION ESTIMULADORES DEL ESPIRITU CRITICO Y CREADOR"(32)

(32)D.ORTEGA Educación para la salud, 110

CONCEPCION DE APRENDIZAJE

Es necesario partir de un concepto de aprendizaje que tome en cuenta al individuo y no lo enajene, sino lo recupere como ser humano total.

"El aprendizaje es la modificación más o menos estable de pautas de conducta, entendiendo por conducta todas las manifestaciones del ser humano, sea cual fuere el área en que aparezcan; en este sentido puede haber aprendizaje aunque no se tenga la formulación intelectual del mismo" (33).

Modificación que se logra, en la interacción de los sujetos con el objeto de conocimiento. Conceptualizar el aprendizaje desde la perspectiva propuesta por BLEGER, permite que se dé una metodología flexible en la que cada sujeto se vaya insertando en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la medida de sus posibilidades.

(33) BLEGER. Temas de Psicología, 63

CARACTERISTICAS

El proceso de enseñanza- aprendizaje en el área de educación para la salud debe:

- Partir de la reflexión sobre el hombre como SUJETO de la educación situado en un contexto SOCIOECONOMICO.
- Ubicar la PROBLEMÁTICA de salud-enfermedad de la comunidad, es decir, partir del CONOCIMIENTO de la realidad.
- Estar en estrecha relación con las NECESIDADES sanitarias de la comunidad, esto es estar vinculado con las necesidades de FORMACION e INFORMACION dentro del proceso salud-enfermedad.
- Vincular el proceso educativo con las CONDICIONES DE VIDA y de trabajo de los participantes.
- Tomar en cuenta INTERESES, expectativas, experiencias y vivencias de los participantes.
- Contemplar los PATRONES CULTURALES para conducir adecuadamente la toma de conciencia en materia de salud.
- Tratar de recuperar las FORMAS en que la comunidad PROTEGE su salud, fomentando la creación de formas AUTONOMAS y no la incorporación de formas ajenas.
- Estimular la capacidad para el análisis crítico, participativo y creador que haga de la educación una práctica liberadora.

CARACTERISTICAS

El proceso de enseñanza aprendizaje dentro de la educación para la salud debe:

- Permitir la INTERACCION de los sujetos mediante una metodología flexible, es decir, a través de una metodología que no se instituye como el único modelo de hacer o conocer los objetos del conocimiento, sino que se va elaborando en función de las posibilidades reales del sujeto.
- Hacer énfasis en la CONCIENCIA mas que en la TRANSMISION.
- Realizarse sin límite de tiempo, pero con etapas que puedan cumplirse en tiempos flexibles.
- Ser un proceso ACTIVO que incluya las etapas de observación, exposición, análisis y síntesis.
- Estar orientado a la FORMACION mas que a la INFORMACION de los sujetos *.

FORMACION

Proceso mediante el cual los sujetos incorporan a sus esquemas de acción, nuevas conductas, actitudes, aptitudes, habilidades y conocimientos que utilizan de manera inmediata y mediata en la realidad.

INFORMACION

Conjunto de conceptos, nociones, teorías y procedimientos de diversas disciplinas.

Véase J. BLEGER. Temas de Psicología, 63 y 64

CARACTERISTICAS

El proceso de enseñanza aprendizaje en el área de educación para la salud debe tener como base la participación de la comunidad ya que:

- La orientación de los programas de educación para la salud propuesta por la comunidad de alguna manera es causa y efecto de la percepción global que tiene la misma sobre sus propias posibilidades en materia sanitaria.
- La interacción de los sujetos con el objeto de conocimiento permite que el sujeto se inserte realmente en el proceso de enseñanza aprendizaje.
- Es la población organizada la que puede mejorar su nivel de salud e influir en un cambio de la política sanitaria.
- La comunidad debe ser la protagonista de la lucha por la salud.

COORDINACION

La coordinación del proceso de enseñanza-aprendizaje es indispensable en el área de educación para la salud, ya que es necesario GUIAR y ESTIMULAR el aprendizaje con un carácter FORMATIVO para dar respuesta a NECESIDADES reales y específicas.

Para asumir la coordinación del proceso de enseñanza-aprendizaje en el área de educación para la salud se debe tener en cuenta la importancia de:

- Estar CONCIENTE del significado del VALOR SALUD para ayudar a los demás a comprenderlo.
- Saber DIALOGAR y ESCUCHAR.
- INTERACTUAR y trabajar CON las personas, promoviendo la PARTICIPACION reflexiva y activa.
- Ayudar a las personas a darse cuenta de lo que SABEN y también de la NECESIDAD DE APRENDER, haciendo uso de los conocimientos y habilidades que tienen.
- Mostrar FLEXIBILIDAD.
- Identificar a los LIDERES naturales y a los médicos locales, de tal forma de trabajar en equipo.
- Replantear a la población la relación equipo de salud-paciente: de SUBORDINACION hacia el conocimiento, por INTERACCION.
- Estar dispuesto a dejar la función directiva tan pronto como los individuos y las familias sean responsables de la promoción de su salud.
- Estar en condiciones para asimilar, clasificar, organizar, definir y sintetizar nuevos conocimientos, adaptando el conocimiento a las diferentes situaciones.*

* Véase I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, 24

COORDINACION

El coordinador del proceso de enseñanza-aprendizaje en el área de educación para la salud necesita tener diversas características y habilidades que le permitan cumplir con éxito su tarea:

- PERTENECER de preferencia a la comunidad que participará en el proceso educativo.
- Estar CONVENCIDO de la labor a realizar EN y CON la comunidad, es decir, adquirir un COMPROMISO con la misma.
- Tener CAPACIDAD técnica y ser una persona RESPONSABLE y DINAMICA.
- Trabajar con gusto, demostrando INTERES y cariño por las personas.
- Tener actitudes de IDENTIFICACION y solidaridad con la comunidad.
- Ser AMABLE, respetando, hasta donde sea posible, las IDEAS y TRADICIONES de las personas
- PRACTICAR lo que enseña.
- Tener capacidad de DECIDIR y ACTUAR.
- Conocer los LIMITES personales, No tratar de abarcar actividades que estén fuera del co nocimiento o experiencia.
- COMPARTIR con las personas los CONOCIMIENTOS y la RESPONSABILIDAD *

* Véase D. WERNER. Donde no hay doctor, 219

NIVEL OPERATIVO

Para el éxito de cualquier acción educativa es determinante ubicar el problema de salud-enfermedad, a partir del conocimiento de la realidad. Lo anterior implica el conocimiento y análisis de los elementos que ejercen una influencia en la forma de vida de una comunidad y por lo tanto en su salud individual y colectiva. *

Entre estos elementos tenemos:

- EL AMBIENTE GEOGRAFICO: Condiciones físicas, climatológicas y topográficas de la región.
- LOS ASPECTOS HISTORICO-CULTURALES.
- EL NIVEL DE VIDA: Indices de salud, educación, empleo, vivienda, seguridad social y recreación.
- LA ESTRUCTURA DEMOGRAFICA.
- LA ORGANIZACION POLITICA Y SOCIAL.

* Consúltense cuadros No. 72 a 75 de este material.

NIVEL OPERATIVO

LA INVESTIGACION DOCUMENTAL

Este proceso metodológico considera diferentes recursos o fuentes escritas sobre el grupo o comunidad con quien se va a trabajar (libros, publicaciones, periódicos, estadísticas, informes, mapas, etc).

La investigación documental tiene la finalidad de proporcionar una visión de conjunto de la realidad, sus antecedentes y situación actual.

LA OBSERVACION DIRECTA

Consiste en ver y escuchar hechos y fenómenos que se deberán estudiar.

LA OBSERVACION NO ESTRUCTURADA

Consiste en reconocer los hechos de la vida real sin recurrir a medios técnicos (cámara, grabadora, etc) que vayan a identificar al investigador.

LA ENTREVISTA

Presupone la participación de las personas y la posibilidad de interacción verbal, en la que el investigador obtiene información sobre una situación determinada.

Como técnica de recopilación de datos en la investigación temática, recurre a la conversación libre, sin olvidar el propósito de la investigación, el cual orienta la plática establecida.

La entrevista permite establecer el primer contacto con la población y la detección de las personas claves de la comunidad.

Es recomendable realizarla en lugares de reunión: mercados, escuelas, clubes, asociaciones, etc., a fin de que las expresiones sean más espontáneas por parte de los entrevistados, eliminando toda formalidad*.

* Véase E. ANDER EGG. Introducción a las técnicas de investigación social, 335

NIVEL OPERATIVO

ORGANIZACION INICIAL

- 1) DIAGNOSTICO DE LA COMUNIDAD EN RELACION CON LAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SUS RECURSOS Y NECESIDADES:
 - Determinar los problemas de salud más significativos y el tipo de comportamiento que los afectan.
 - Identificar los miembros de la comunidad que están más expuestos a riesgos de enfermedad, incapacidad o muerte y determinar los cambios del comportamiento que reducirían estos riesgos.
 - Diferenciar entre los tipos de prácticas sanitarias de la comunidad que sólo afectan al individuo y los que afectan a terceros.
 - Conocer las costumbres, creencias y prácticas tradicionales que benefician o perjudican la salud.
 - Determinar cuales de las formas de comportamiento están sujetas a cambios por medio de la educación para la salud.
 - Conocer los servicios de salud disponibles.*
- 2) CONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES REALIZADOS ANTERIORMENTE EN LA COMUNIDAD EN MATERIA DE EDUCACION PARA LA SALUD:
 - Objetivos
 - Metodología
 - Duración
 - Alcances
- 3) PROMOCION:

Es necesario promover el deseo y la determinación por participar, a través de visitas domiciliarias, cartelones, etc.
- 4) FORMACION DEL GRUPO:

Es importante que el grupo esté conformado por los líderes de la comunidad y por aquellos con reales deseos de participación.

* Véase I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza aprendizaje en la atención primaria de la salud, 33

NIVEL OPERATIVO

UNA VEZ REALIZADA LA ETAPA DE ORGANIZACION INICIAL ES IMPORTANTE PROCEDER A LA REALIZACION DE LAS SIGUIENTES FASES:

- 1) INICIACION
 - Definir conjuntamente con la comunidad las prioridades de educación para la salud.
 - Examinar los canales de comunicación dentro de los grupos de la comunidad, a fin de determinar que miembros de la familia y de la comunidad serían más idóneos para educar a los demás.
 - Determinar conjuntamente con la comunidad la forma en que se llevará a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje.
- 2) INTERACCION
 - Seleccionar temas prioritarios y definir los elementos que en ellos inciden.
 - Identificar los cambios de comportamiento que en relación al proceso salud-enfermedad se desean.
 - Determinar los materiales y el equipo a utilizar.
 - Identificar y motivar las actividades que conduzcan a la participación de la comunidad en acciones orientadas al mantenimiento de la salud.
 - Llevar a cabo los procesos de exposición, análisis y síntesis de las temáticas seleccionadas.
 - Definir las tareas concretas a realizar.
- 3) EJECUCION
 - Realizar las tareas asumidas por parte de los integrantes del grupo a través de la participación comunitaria organizada.
- 4) EVALUACION
 - Determinar los productos intelectuales o materiales obtenidos.
 - Iniciar un nuevo ciclo.

NIVEL OPERATIVO

FASE INTERACCION

Las actividades de educación para la salud deben llevarse a cabo en el lugar y la hora más convenientes para los participantes, las posibilidades son:

- Locales o centros destinados a reuniones de la comunidad.
- Dispensarios o Centros de Salud.
- Escuelas.

Las reuniones deben planificarse cuidadosamente, es conveniente que:

- El lugar de reunión sea conocido y aceptado por todos.
- Se avise a los participantes con suficiente anticipación.
- El lugar de reunión sea cómodo y aislado del ruido.

TECNICAS

Las técnicas son los procedimientos a través de los cuales se conduce el proceso de enseñanza aprendizaje. Deben estimular el interés y permitir el intercambio de conocimientos durante todo el proceso.

Las técnicas a utilizar dependerán de las características de los participantes y del contenido que se vaya a abordar.

Unas de las técnicas recomendables para la realización de actividades de educación para la salud son la PARTICIPATIVA y la DEMOSTRATIVA.

TECNICA PARTICIPATIVA

Consiste en el análisis y confrontación de hechos, situaciones o problemas, mediante la intervención de varios participantes. Entre algunas de éstas tenemos: Discusión dirigida, Philips 6,6, Corrillos, Rejillas, representación de un papel, etc.

TECNICA DEMOSTRATIVA

Consiste en la demostración en la práctica de lo especificado en la teoría. Ejemplos: prácticas, demostraciones, visitas guiadas, etc. (34).

(34) I. NERICI. Hacia una didáctica general dinámica, 275 y 305

4.2.4. INFORMACION SANITARIA

EPIDEMIOLOGIA

CONCEPTO

"La epidemiología es el estudio de los patrones de salud y enfermedad en poblaciones humanas, su distribución y los factores que influyen sobre su incidencia." (35)

IMPORTANCIA

Los estudios epidemiológicos sirven para determinar el tipo de servicios de salud que se necesitan y para evaluar la utilidad y efectividad de los programas existentes de atención de salud. Es necesario usar métodos epidemiológicos sencillos para evaluar correctamente las pautas locales de salud y morbilidad.

METODOS EPIDEMIOLOGICOS:

Hay tres principales tipos de estudios epidemiológicos:

- Descriptivos.
- Analíticos
- Experimentales

(35) I. DURANA et al . Estrategias de enseñanza aprendizaje en la atención primaria de la salud. 47

EPIDEMIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA

"La Epidemiología descriptiva es la primera y más sencilla fase de los estudios epidemio lógicos y tiene por objeto determinar quién está afectado, en dónde y en qué momento. Las respuestas a estas preguntas, junto con el conocimiento de las características clíni cas y patológicas de la enfermedad y la información sobre población y ambiente, ayudan a establecer hipótesis acerca de las causas determinantes de la enfermedad. Estas hipótesis se verifican con estudios analíticos.

La distribución de una enfermedad se describe según tres variables principales: personas, lugar y tiempo.

PERSONAS: Edad, Sexo, Estado civil, Raza, Grupo étnico, Religión, Ocupación, Educación, Posición socioeconómica.

LUGAR: País, Región, Estado, Distrito, Aldea, Zona urbana o rural, Comunidad local, Barrio, Vereda, Zona climática.

TIEMPO: Año, Mes, Variaciones estacionales y otras fluctuaciones cíclicas" (36).

EPIDEMIOLOGIA ANALITICA

"Es aquella en la que se emplean dos tipos de estudio: Historia clínica o estudios retros pectivos: Se compara un grupo de personas afectadas con grupos testigo equivalentes de - personas no afectadas. Estudios de cohortes: un grupo de personas que han estado expues tas al agente etiológico presunto, se compara con grupos testigo equivalentes que no lo han estado" (37).

EPIDEMIOLOGIA EXPERIMENTAL

"Esta supone la realización de estudios en que un grupo es deliberadamente sometido a una experiencia, para compararlo con un grupo testigo normal" (38).

(36) I. DURANA et al. Estrategias de Enseñanza Aprendizaje en la atención primaria de la salud, 48

(37) Idem

(38) Idem

EPIDEMIOLOGIA

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA

La información epidemiológica se puede obtener en forma de respuestas a ciertas preguntas, observación y examen físico de las personas, resultados de análisis de laboratorio e investigaciones especiales. Al evaluar un método determinado deben considerarse las siguientes cualidades (39):

- Sensibilidad: La capacidad de la prueba para descubrir la afección, si ésta existe.
- Especificidad: La capacidad de la prueba para diferenciar los casos en que la afección existe.
- Repetibilidad: El grado en que se obtiene el mismo resultado cuando se repite la prueba en el mismo objeto o material.

EVALUACION EPIDEMIOLOGICA

El objeto de la evaluación es examinar los efectos de políticas y programas sobre las personas a las que están dirigidos, teniendo en cuenta las metas que se pretende alcanzar. En epidemiología son importantes las relaciones entre el agente, el huésped y el ambiente. Para comprender los servicios de atención de salud que utiliza una población o diversos sectores de ella, hay que considerar la cantidad y la calidad de los mismos. La cantidad se determina por estudios de utilización en los que se examina principalmente el volumen de los servicios. Para estudiar la calidad de la atención sanitaria se necesita examinar lo siguiente (40):

- Estructura: Verificar si las instalaciones, el personal y la organización tienen un nivel aceptable.
- Procedimientos: Determinar el desempeño real del personal de salud de acuerdo a una norma predeterminada.
- Resultados: Determinar si la atención prestada realmente protege o mejora la salud de las personas atendidas y en caso afirmativo, hasta que punto lo hace.

(39) I. DURANA et al. Estrategias de Enseñanza e Aprendizaje en la atención primaria de la salud, 48

(40) Ibidem, 49

EPIDEMIOLOGIA

USANDO DIFERENTES METODOS DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS SE PUEDE DETERMINAR (41):

- El estado de salud de una comunidad.
- La distribución de los servicios de atención de salud.
- La incidencia y prevalencia de una enfermedad.
- La identificación de las causas de una enfermedad.
- La influencia del individuo, la familia y la comunidad en el estado de salud.
- Los factores resultantes de la vida en comunidad que desencadenan una enfermedad y determinan la gravedad de sus episodios y de los resultados.
- Los medios para mejorar la salud de una comunidad.
- La efectividad, vigilancia y evaluación de la atención prestada, para determinar con certeza la necesidad de la misma.
- Las personas más expuestas a riesgos dentro de la comunidad.

(41) I. DURANA et al . Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, 50

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

La recopilación, análisis e interpretación de la información sanitaria permiten identificar las necesidades de salud de la comunidad.

Para determinar el estado de salud de una población, los acontecimientos vitales deben expresarse en cifras. Esta representación numérica de los hechos constituye la estadística. Las herramientas y técnicas usadas en la estadística son:

- Notación científica.
- Tasas (mortalidad, natalidad, etc).
- Cálculo de ciertos valores (media aritmética, mediana, valor modal).
- Representaciones gráficas (circulares, de barras, de curvas).

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

NOTACION CIENTIFICA

POTENCIAS

- 1) $3^4 = 3 \times 3 \times 3 \times 3 = 81$ El exponente 4 indica el número de veces que 3 se multiplica por sí mismo.
- 2) $2^8 = 2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2 = 256$
- 3) $6^1 = 6$ La primera potencia de un número es igual a ese número.
- 4) $10^0 = 1$ Todo número elevado a la cero potencia es igual a 1

CONVERSION DE CIFRAS GRANDES A NOTACION CIENTIFICA

- 1) Expresar 378 000 000 en notación científica.
- a) Colocar una coma decimal para obtener un número entre 1 y 10:
3,78 000 000
- b) Contar el número de cifras a la derecha de la coma:
3,78 000 000
- c) El número de cifras es el exponente de 10
 10^8
- d) Escribir el número en forma de un producto por 10 elevado a la potencia indicada:
 $3.78 \times 10^8 = 378\ 000\ 000 *$

* Véase I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, 61 y 62

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

TASAS

Una TASA es una proporción que indica una comparación entre dos números. Una proporción se puede expresar mediante un quebrado.

EJEMPLO: La proporción de leucocitos con respecto a los eritrocitos es 1:600 ó $\frac{1}{600}$,

lo que significa que por cada leucocito hay 600 eritrocitos.

En las estadísticas de salud frecuentemente se utilizan las tasas por 1000. La tasa (por 1000) de mortinatos es el número de mortinatos por cada 1000 nacimientos. Se escribe así:

$$\frac{\text{Mortinatos}}{1000 \text{ nacimientos}}$$

EJEMPLO: La tasa (por 1000) de mortinatos en Juchitán fue de 50

$$\frac{\text{Mortinatos } 50}{\text{Nacimientos } 1000} \text{ EN CONSECUENCIA HUBO 950 NACIDOS VIVOS}$$

Tasa de Mortalidad Neonatal: Esta tasa expresa el número de muertes de lactantes de 0-28 días de edad por 1000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad infantil por 1000. Expresa el número de muertes de lactantes por 1000 nacidos vivos en un año dado.

Tasa de natalidad por 1000: Expresa el número de nacimientos por cada 1000 habitantes.

...

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

TASAS

Tasa de Prevalencia: Expresa el número total de casos de una enfermedad durante un período determinado para una población específica.

EJEMPLO: En una aldea de 3,450 habitantes se diagnosticaron 79 casos de tuberculosis. Calcular la tasa de prevalencia por 1000

$$\frac{79}{3450} = \frac{x}{1000} \quad x = \frac{79 \times 1000}{3450} = 22,9$$

Tasa de incidencia: Expresa el número total de casos nuevos de una enfermedad o infección producidos durante un período específico por unidad de población. La tasa de incidencia por 1000 es el número de casos nuevos por cada 1000 habitantes durante un período dado de tiempo.*.

* Véase I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, 64 a 69

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

MEDIA ARITMETICA

Se utiliza para medir la tendencia central de una serie de cantidades dadas.

$$\text{MEDIA} = \frac{\text{suma de cantidades}}{\text{número de cantidades}}$$

EJEMPLO: Calcular la media de las siguientes edades:

15, 17, 22, 25, 27

$$\text{MEDIA} = \frac{15 + 17 + 22 + 25 + 27}{5} = 21.5$$

MEDIANA

Mide también la tendencia central de un conjunto de datos. Para calcular la mediana deben ordenarse las cifras empezando con las más pequeñas y terminando con las más grandes, eligiendo la cifra que está en el medio, si el número de datos es impar, o la media aritmética de las dos cantidades que están en el medio, si el número es par.

EJEMPLOS:

1) Un grupo de varones tiene las siguientes edades:

16, 10, 13, 11, 15, 14, 8, 11, 10, 12, 16

REORDENAR:

8, 10, 10, 11, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 16

La MEDIANA es el número 12 que está en el medio.

...

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

MEDIANA

EJEMPLO:

- 2) Un grupo de niñas tiene las siguientes edades:
9,8,10,11,13,16,15,12,8,9,12

REORDENAR:

8,8,9,9,10,11,11,12,12,13,15,16

11 y 12 son cantidades que están en el medio

La MEDIANA Es $\frac{11+12}{2} = \frac{23}{2} = 11.5$

VALOR MODAL

Es otra forma de expresar una tendencia central. es el número que ocurre más frecuentemente en un conjunto de datos. Muchas veces no existe tal dato y, en consecuencia, no hay valor modal.

EJEMPLO:

Encontrar el valor modal de los siguientes pesos (Kg):

3.5 7.2 6.0 5.1 7.3 5.1 2.4 5.1 6.2 8.9 5.1 6.3

El valor MODAL es 5.1, ya que tiene una frecuencia de 4

...

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

AMPLITUD

Es la diferencia entre el número mayor y el menor en un conjunto de datos. Es un índice de dispersión.

EJEMPLO:

1) Cuadro de comparación de alturas (cm)

Equipo A: 163, 198, 168, 171, 180, 170, 168

Equipo B: 153, 159, 167, 177, 194, 170, 167

Equipo A: $180 - 163 = 17$ cm

Equipo B: $194 - 153 = 41$ cm *

* Véase J. BEST. Cómo investigar en educación, 163 a 166

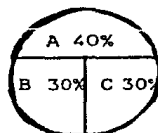
UTILIZACION DE ESTADISTICAS

REPRESENTACION GRAFICA DE DATOS NUMERICOS

GRAFICAS CIRCULARES

La suma de los elementos que contenga la gráfica debe dar 100%
TIENE LA VENTAJA DE QUE SON FACILES DE LEER

EJEMPLO:

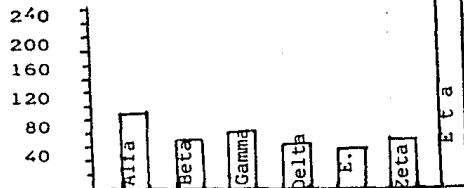


GRAFICAS DE BARRAS VERTICALES

Se usan para comparar cantidades de pesos, alturas, tasas, frecuencias, etc

EJEMPLO:

Estrellas	Años luz
Alfa	109
Beta	76
Gamma	79
Delta	74
Epsilon	72
Zeta	76
Eta	251



En el eje vertical todas las unidades deben estar espaciadas por igual (20),

...

UTILIZACION DE ESTADISTICAS

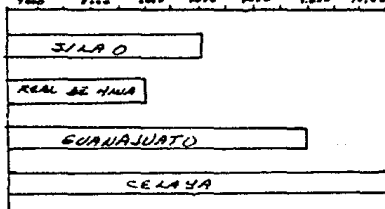
GRAFICAS DE BARRAS HORIZONTALES

Estas gráficas se usan para comparar datos.

En el eje horizontal todas las unidades deben estar espaciadas por igual,

EJEMPLO: NUMERO DE NIÑOS
VACUNADOS:

SILAO: 7,000
REAL DE MIAHA
MINA: 6,000
GTO: 9,000
CELAYA: 10,500



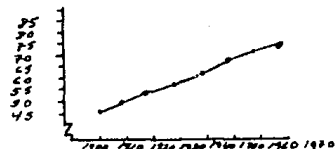
GRAFICAS DE CURVAS: POLIGONO DE FRECUENCIA

Se usan para indicar tendencias ascendentes o descendentes.

EJEMPLO:

Promedio de vida en los Estados Unidos

Año	Promedio de vida (años)
1900	47.3
1910	50.0
1920	54.1
1930	59.7
1940	62.9
1950	68.2
1960	69.7
1970	70.9



En la gráfica hay unidades sobre ambos ejes porque hay dos escalas de valores. La línea quebrada al principio del eje vertical significa simplemente que la escala no comienza en cero. La gráfica muestra una tendencia ascendente*.

* Véase I. DURANA et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, 76 a 81

4.2.5. GLOSARIO

AGENTE INFECCIOSO

Es un microorganismo (bacteria, protozoo, helminto, espiroqueta, hongo, virus, etc) capaz de producir infección y que, en circunstancias favorables de huésped y medio ambiente, puede causar enfermedades infecciosas.

ASISTENCIALISMO

Atención a la salud que se ofrece como un remedio y no como una solución al problema de salud en su totalidad, por lo tanto, es sólo un paliativo que no cambia el proceso salud-enfermedad de la comunidad.

COMUNIDAD

Unidad social con ciertas características especiales que le dan una organización dentro de un área determinada y que se caracteriza además por la convivencia próxima de un determinado número de individuos.

DEPENDENCIA ECONOMICA

Al nivel de una economía nacional considerada como un todo, se habla de dependencia económica, para significar distintas formas de sometimiento o de subordinación de dicha economía, respecto de otra economía más fuerte que ejerce sobre ella efectos de dominación.

DESARROLLO

El término desarrollo, aplicado al dominio económico, se utiliza de un modo muy general y a veces impreciso, para dar a entender un crecimiento de la economía que se entiende como un progreso. Pero el progreso verdadero de la economía y por consiguiente el desarrollo, no son idénticos al crecimiento. Este se mide por el aumento de los índices globales de producción y presenta un aspecto únicamente técnico. El desarrollo, por el contrario, exige en primer lugar, que el crecimiento de los distintos sectores de la economía sea armonizado y lleve consigo un mejoramiento de los niveles y de las condiciones de vida de la colectividad.

DESINFECCION

Es la destrucción de los agentes patógenos fuera del organismo, por medios químicos o físicos aplicados directamente.

ENFERMEDAD INFECCIOSA

Es cualquier enfermedad del hombre o de los animales, consecutiva a una infección, ocasionada por la presencia de un agente patógeno en el organismo. Ejs: fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, difteria, hepatitis.

ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL

Enfermedad perteneciente o relativa al estómago y al intestino.

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Es cualquier enfermedad debida a un agente infeccioso específico o a sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de ese agente a sus productos del reservorio, al huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal, o indirectamente por conducto de una planta o animal huésped intermediario, de un vector o del ambiente inanimado.

EPIDEMIA

Una epidemia o brote se define como la existencia en una colectividad o región, de un grupo de casos de una enfermedad de naturaleza similar, claramente en exceso de la frecuencia normal y derivados de una fuente común o por diseminación. El número de casos que indican la presencia de una epidemia, varía según el agente infeccioso, el tamaño y las características de la población expuesta, la época y el lugar en que ocurre.

FIEBRE TIFOIDEA

Enfermedad infectocontagiosa específica producida por microorganismos de la especie *Salmonella typhosa*, que se localiza en las formaciones linfoides del tubo digestivo del hombre, al que contaminan a través del agua, los alimentos o por contacto directo con individuos tíficos. En el caso de que no sea atendida pueden surgir complicaciones como miocarditis, hemorragias, perforaciones intestinales y flebitis entre otras.

FUENTE DE INFECCION

Persona, objeto o sustancia de la cual el agente infeccioso pasa inmediatamente al huésped. Con frecuencia la transmisión se hace directamente del reservorio al huésped en cuyo caso, el reservorio es también la fuente de infección.

HUESPED

Persona o animal vivo, que en circunstancias naturales permiten la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

INCIDENCIA

Es el número de casos de una enfermedad, de infecciones o de otros acontecimientos que ocurren durante un determinado período de tiempo en relación con la unidad de población en que se presentan.

INDICE DE MORBILIDAD

Número anual de casos de determinada enfermedad por cada 100,000 o 10,000 habitantes.

INDICE DE MORTALIDAD

Relación entre el número anual de fallecimientos y la población total de una comunidad.

INDICE DE MORTALIDAD INFANTIL

Relación entre la cantidad de niños que mueren durante el primer año de vida y la totalidad de niños nacidos en un año.

INFECCION

Es la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de una persona o un animal. Infección, no es sinónimo de enfermedad infecciosa, ya que el resultado puede ser inaparente o manifiesto.

INFECCION INAPARENTE

Se dice que una persona o un animal tiene una infección inaparente (denominada también latente o subclínica) cuando el agente infeccioso le afecta en forma tan leve, que aún cuando la infección se encuentra presente y se le puede identificar usando métodos de laboratorio, pasa inadvertida.

INFESTACION

Por infestación de personas o animales se entiende el alojamiento, desarrollo y reproducción de artrópodos en la superficie del cuerpo o en la ropa. Los artículos o locales infestados son aquellos que albergan o sirven de alojamiento a animales indeseables, especialmente artrópodos y roedores.

LETALIDAD

Es el número de defunciones en relación con el número de pacientes o casos en que ocurren estas defunciones; comúnmente se emplea con referencia a una enfermedad determinada y en general se expresa como razón, en términos de porcentaje. Por ejemplo, la letalidad de la difteria es del 4% .

MARGINADOS

Grupos humanos que carecen de acceso a los bienes y servicios, no participan en la producción de manera constante, se emplean siempre en las ocupaciones más bajas de la escala laboral y constituyen un excedente de mano de obra del sistema productivo.

MORBILIDAD

Es un término general utilizado de diversas maneras que expresa el número de personas enfermas o casos de una enfermedad en relación con la población en que se presentan. Las tasas pueden indicarse en términos de incidencia o de prevalencia.

MORTALIDAD

Significa la relación de defunciones con la población en que ocurren.

NOTIFICACION

Es el aviso oficial de la existencia de una enfermedad transmisible o de otra naturaleza en el hombre o en los animales. El aviso se da a la autoridad sanitaria local, cuando se trata de enfermedades del hombre y al servicio de higiene pecuaria o de agricultura, si se trata de enfermedades de los animales.

OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue creada en 1948, como un organismo especializado dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La OMS se ocupa de los problemas que exigen la cooperación de varios países. Destina sus recursos a asesorar a los países en las áreas de higiene, nutrición, salud mental, odontología sanitaria, higiene materno infantil, higiene social y del trabajo, servicios de enfermería, higiene del medio, administración sanitaria, enseñanza y formación profesional y educación para la salud. Asimismo difunde por medio de sus publicaciones la información más reciente sobre estas materias.

PATOGENICIDAD

Significa la capacidad de los microorganismos de producir enfermedades o síntomas morbosos. La virulencia denota la infecciosidad relativa de un microorganismo o su capacidad para vencer las defensas del huésped.

PERSONA INFECTADA

Es el paciente o enfermo, el sujeto con una infección inaparente, o los portadores.

PERSONA INMUNE

Es la que posee anticuerpos protectores específicos o inmunidad celular como consecuencia de una infección anterior o de inmunización previa.

PORTADOR

Es una persona que alberga un agente infeccioso específico, sin presentar síntomas clínicos de enfermedad, y puede ser fuente o reservorio de la infección para otros hombres. El estado de portador puede ocurrir durante todo el curso de infecciones inaparentes y también durante el período de incubación, convalecencia y postconvalecencia de infecciones que se manifiestan clínicamente.

PREVALENCIA

El número de casos de una enfermedad, de personas infectadas o de personas con algún otro atributo o característica, que existe en un momento dado en relación con el número de habitantes del lugar.

RESERVORIO DE INFECCION

Son reservorios de infección los hombres, animales, plantas, suelo o materia orgánica inanimada, en los que el agente infeccioso vive y se multiplica, y de los que depende principalmente para su subsistencia, reproduciéndose de manera que pueda ser transmitido a un huésped susceptible. El hombre es el reservorio más frecuente de los agentes infecciosos patógenos al hombre mismo.

RESISTENCIA

Es el conjunto de mecanismos corporales que actúan como barreras contra la invasión de agentes infecciosos.

Imunidad: Se define como el estado de resistencia, asociado generalmente con la presencia de anticuerpos que ejercen una acción determinada en el microorganismo relacionado con la enfermedad infecciosa específica.

Insusceptibilidad inherente: Es la capacidad de resistir a una enfermedad independientemente de los anticuerpos o de la respuesta específicamente desarrollada en los tejidos; en general depende de las características anatómicas y fisiológicas del huésped; puede ser genética o adquirida, permanente o temporal.

SUBDESARROLLO

La expresión subdesarrollo aplicada a países o regiones del globo es una palabra de uso reciente, cuyo sentido es relativo. Se considera que existe un fenómeno general de subdesarrollo en un país determinado, en función de una idea que se tiene del desarrollo y por referencia a una situación de desarrollo alcanzada por países llamados adelantados. Las características que se dan ordinariamente del subdesarrollo, no son criterios o causas, sino consecuencias o apariencias exteriores. Es posible agruparlas en algunas categorías:

Demográficas: Superpoblación e índices elevados de mortalidad, mortalidad infantil, natalidad y crecimiento de la población.

Sociales: Mala nutrición o subalimentación, mala salud, mala vivienda, analfabetismo elevado y en general bajo nivel de vida.

Económicas: Fuerte predominio de la agricultura, poco ahorro, débil nivel de capital por habitante y débil o inexistente industrialización.

El subdesarrollo se debe a causas estructurales que dependen a la vez de las condiciones socioeconómicas de una economía nacional y de una situación de inferioridad respecto a otras economías más fuertes.

SUSCEPTIBLE

Es cualquier persona o animal que se supone no posee resistencia contra un agente patógeno determinado y que por esta razón puede contraer la enfermedad si se expone a la infección por ese agente.

TRANSMISION DE LA INFECCION

Los modos de transmisión de una infección son los mecanismos por medio de los cuales un agente infeccioso pasa del reservorio al huésped humano susceptible. Los modos de transmisión son los siguientes:

a) Mediante contacto:

- Por contacto directo: Es decir, tocando a la persona o animal infectado o a otro reservorio de infección, como al besar, al tener relaciones sexuales.
- Por contacto indirecto: Es decir, tocando objetos contaminados, como juguetes, pañuelos, ropa sucia, instrumentos quirúrgicos y vendajes y transfiriendo después la contaminación de la mano a la boca.
- Por diseminación de gotillas: Al caer en las conjuntivas y la cara o en la nariz o la boca las gotillas rociadas por una persona infectada al estornudar, toser, cantar, o hablar.

b) Mediante un vehículo de transmisión

Cuando el agua, alimentos, leche, productos biológicos, incluyendo suero y plasma, o cualquier substancia o artículo, sirven como conducto intermedio en el cual el agente infeccioso pasa de un reservorio a un huésped susceptible, al ingerirse, inocularse o depositarse en la piel o en las mucosas.

c) Mediante un vector:

Cuando los artrópodos u otros invertebrados transmiten la infección por inoculación en la piel, en las mucosas o a través de ellas o depositando materia infecciosa en la piel, las mucosas u otros objetos. El vector puede estar el mismo infectado o actuar solamente como portador pasivo o mecánico del agente infeccioso.

d) Mediante el aire:

Por los núcleos de gotillas suspendidas al inhalar los pequeños residuos resultantes de la evaporación de gotillas que contienen material infeccioso

e) Por el polvo: Al inhalar polvo de artículos o suelo contaminado.

4.2.6.. SUGERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PROCESO SALUD ENFERMEDAD

AIZEMBERG, Moisés. La salud en el proceso de desarrollo de la comunidad, CREFAL, México, 1978, 221 p.

Asociación Mexicana de Promotores de la Salud. AMEP, México, 1982, Vol.I, Boletín No. 2

BERLINGUER, Giovanni. Salud, Ciencia y Sociedad, Tr. por Fabio Morabito, Mimeógrafo, s/f.52 p.

CELIS y NAVA. Patología de la Pobreza. En Rev. Médica del Hospital General. México, 1970. Vol.33, pp 297-314.

Centro Mexicano para la Educación, Programa de Salud, CEMPAE, México, 1980, 39 p.

FERRARA, Acebal. Medicina de la Comunidad, Argentina, 1972. 414 p.

GANDRA, Domingo. El concepto de la comunidad y su relación con los programas de salud, En Rev. Educación Médica y Salud, OPS/OMS, EUA. 1977, Vol.II, No. 3, pp 205-236.

GERMANI, Gino. El concepto de marginalidad, Nueva Visión, Argentina, 1980, 110 p.

LOPEZ ACUÑA, Daniel. Salud desigual en México, S.XXI, México, 1980, 247 p.

MILLER, Benjamín y BURT, John. Salud individual y colectiva. Interamericana, México, 1973

MONTAÑO, Jorge. Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos. Poder y Política, S. XXI, México, 1979, 224 p.

MUSTARD H y STEBBINS. Introducción a la Salud Pública, Prensa Médica Mexicana, México, 1972

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social, en Rev. Latinoamericana de Salud Nueva Imagen, México, 1982, 7-25 pp.

1. PROCESO SALUD ENFERMEDAD

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Atención Primaria de Salud, OMS, Ginebra, 1978, 91 p.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Salud para todos en el año 2000, OPS, Ginebra, 1980, 50 p.

ORTIZ Quesada, Federico. Salud en la pobreza, CESTEM/Nueva Imagen, México. 1982, 96 p.

QUIÑONES, Alfonso. Introducción al Estudio de la Salud, Ciencias de la Salud, Módulo 1, Colegio de Bachilleres SEA, Publicaciones Cultural. México, 1980, 83 p.

SAN MARTIN, Hernán. Determinación del nivel de salud. En Salud y Enfermedad, Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social. La Prensa Médica Mexicana, México, 1978, pp 105-112

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Programa Nacional de Salud 1984-1988. SSA, México, 1984.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Salud Pública de México, SSA, México, 1970, Vol. XII, No. 3, 140 p.

TIMIO, Mario. Clases sociales y enfermedad, Nueva Imagen, México. 1981, 144 p.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. Hacia un sistema nacional de salud, UNAM, México, 1983, 44 p.

VEGA, Franco y MANZANEDO H. Bases esenciales de la salud pública, La Prensa Médica Mexicana, México, 1985, 100 p.

1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

REVISTAS*

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (ESTADOS UNIDOS)

CRONICA DE LA OMS (SUIZA)

CUADERNOS DE LA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (VENEZUELA)

CUADERNOS DE LA SALUD (MEXICO)

FORO MUNDIAL DE LA SALUD (SUIZA)

GACETA MEDICA DE MEXICO (MEXICO)

REVISTA EDUCACION MEDICA Y SALUD (SUIZA)

REVISTA LATINOAMERICANA DE LA SALUD (MEXICO)

REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL (MEXICO)

SALUD MUNDIAL (SUIZA)

SALUD-PROBLEMA (MEXICO)

SALUD PUBLICA DE MEXICO (MEXICO)

* Estas Revistas pueden consultarse en la Biblioteca del Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud (CEUTES) de la UNAM.

2. EDUCACION PARA LA SALUD

COMITE DE EXPERTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Educación Higiénica del Público, OMS, Ginebra, 1952.

COMITE DE EXPERTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria, OMS, Ginebra, 1969.

DALHAUS González, Antonio. La educación para la salud en el proceso educativo de la población, UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, México, 1978.

DE LA FUENTE, Julio. Educación, Antropología y Desarrollo de la Comunidad, ININ/SEP, México, 1973, 305 p.

ENGLER, T. Rol médico en el trabajo de la educación para la salud en la comunidad. En Rev. Educación Médica y Salud, OPS/OMS, EUA, 1981, Vol. 15, No. 2.

FRENK, Julio. Salud, Educación y Medicina: Expectativas y limitaciones. En Rev. Ciencia y Desarrollo, CONACYT, México, 1979, No. 26 pp 133-158.

GARZA Ramos, Margarita. Educación y Salud Pública. UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, UNAM, México, 1966.

HERNANDEZ Pérez, Gudelia. Educación para la salud, Colegio de Bachilleres SEA, Publicaciones Cultural, México, 1980, 244 p.

HERNANDEZ Pérez, Gudelia. Fundamentación pedagógica de un curso sobre educación para la salud en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, México, 1980, 66 p.

LABELLE, Thomas. Educación no formal y cambio social en América Latina, Nueva Imagen, México, 1980, 288 p.

...

2. EDUCACION PARA LA SALUD

LAURELL, Asa C. "Prólogo" .En Briehl R. Jaime. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Universitaria, México, 1979, pp 1-12.

LENGRAND, Paul. Introducción a la Educación Permanente. UNESCO/TEIDE, España, 1973, 172 p.

MASCARD, José et al. Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas, Salvat, México, 1979, 1073 p.

MOSS R. Bernice et al. Educación para la Salud. Trillas, México, 1972, 490 p.

ORTEGA Altamirano, Doris Verónica. Educación para la salud en comunidades suburbanas en la ciudad de México. Lineamientos didácticos, UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, México, 1984, 182 p.

SANCHEZ Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública. Francisco Mendez Cervantes, México, 1983. 312 p.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Normas. Educación para la Salud, SSA, México, 1984, 336 p.

UNESCO. Educación para la salud, el sexo y la vida familiar. Paidós. Argentina, 1971, 164 p.

VILLARREAL, Ramón. Educación de la comunidad para la salud. En Gaceta Médica de México, México, 1979, Vol. 15, No.7 pp 291-300.

VILLASEÑOR, F y GOMEZ, G. Educación Higiénica. Trillas, México, 1972, 386 p.

CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACION EDUCATIVA. Documentos Base, México, 1981, V. I y V. II.

CENTRO DE ESTUDIOS EDUCATIVOS. Ensayos sobre la educación de adultos en América Latina, CEE, México, 1982, 690 p.

2. EDUCACION PARA LA SALUD

REVISTAS *

CUADERNOS EDUCACION DE ADULTOS (MEXICO)

EDUCACION DE ADULTOS Y DESARROLLO (REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA)

EDUCACION MEDICA Y SALUD (ESTADOS UNIDOS)

EDUCACION PARA LA SALUD (SUIZA)

REVISTA EDUCACION DE ADULTOS (MEXICO)

REVISTA INTERAMERICANA DE EDUCACION DE ADULTOS (MEXICO)

SINTESIS DE INVESTIGACION EN HIGIENE ESCOLAR (MEXICO)

*Estas Revistas pueden consultarse en la Biblioteca del Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud (CEUTES) de la UNAM.

3. PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

ACEBES, A. y REARTE, M. Principios de Educación para la salud destinados al agente sanitario rural, Argentina, 1972, Inf.Técnico No. 9.

ANDER EGG, Ezequiel. Introducción a las técnicas de investigación social para trabajadores sociales, Humanistas, Buenos Aires, 1972, 335 p.

ARGUMEDO, Manuel. ¿Qué es la educación popular?. En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos, CEE, México, 1985, Vol. XV, No. 3, pp 127-137.

ATHIAM, M. y YRIZAR, J. Algunas reflexiones en torno a los sistemas de enseñanza modular en el área de la salud en México. En Rev. de Educación Superior, México, 1983, Vol. XII, No.45, pp 110-132.

BARCO, Susana. Antididáctica o nueva didáctica. En Rev. Ciencias de la Educación, Argentina, 1973, No. 10, pp 35-49.

BASTIAS, Manuel. Programa Padres e Hijos. Educación Comunitaria para la familia popular. En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos, CEE, México, 1981, Vol. XI, No. 3, pp 97-110.

BELTRAN, Roberto. La coordinación de la enseñanza de las ciencias de la salud. En Rev. Educación Médica y Salud, OPS/OMS, EOA, 1971, Vol V, pp 18-32.

BEST W, John. Cómo investigar en educación, Morata, Madrid, 1970, 398 p.

BONINO, María. Para una metodología reflexiva de educación a distancia. En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos, CEE, México, 1985, Vol. XV, No. 3, pp 109-125.

CARDENAS Gutiérrez, I. La acción del pedagogo en los programas de educación sanitaria, UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, México, 1976.

DURANA, Inés et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, OPS/OMS, Washington, 1982, 150 p.

3. PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

MARQUIS, Carlos. Guía de Trabajos Prácticos de Desarrollo Comunitario, Mimeógrafo, México, 1981, 17 p.

MAC DONALD, J. Una evaluación de la evaluación. Tr. por Carmen García. En Urban Review, Vol. VII, No. 1, 1980.

NASSIFF, Ricardo. Cambio educativo, situaciones y condiciones, UNESCO, 1981, 160 p.

NERICI, Imideo. Hacia una didáctica general dinámica, Kapelusz, Argentina, 1968, 586 p.

PALLADINO, Enrique. Educación para adultos. Humanistas, Buenos Aires, 1980, 192 p.

PLANCHARD, Emile. La Pedagogía contemporánea, RIALP, Madrid, 1969, 570 p.

SCHIPANI, Daniel y TINAO, Daniel. Educación y Comunidad. Nuevas orientaciones en Educación, Ateneo, Argentina, 1973, 62 p.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. De la Higiene Escolar a la educación para la salud, SEP, México, 1979, 52 p.

TORRES, Carlos, Hacia una sociología política de la educación de adultos. En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos, CEE, México, 1985, Vol. XV, No. 3, pp 41-67.

WERNER, David. Donde no hay doctor, una guía para los campesinos que viven lejos de los Centros Médicos, EUA, 1981, 418 p.

WERNER, David y BOWER, Bill. Aprendiendo a promover la salud, CEE, México, 1984, 622 p.

WILLGOOSE, Carl. Enseñanza de Higiene, Interamericana, México, 1965.

3. PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

REVISTAS*

CIENCIAS DE LA EDUCACION (ARGENTINA)

DIDAC (MEXICO)

DIDACTICA (BRASIL)

PEDAGOGIA (MEXICO)

REVISTA DE EDUCACION SUPERIOR (MEXICO)

REVISTA LATINOAMERICANA DE ESTUDIOS EDUCATIVOS (MEXICO)

*Estas Revistas pueden consultarse en la Biblioteca del Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud (CEUTES) de la UNAM.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

-
- 1.- ANDER Egg, Ezequiel. Introducción a las técnicas de investigación social para trabajadores sociales, Humanistas, Buenos Aires, 1972, 335 p.
 - 2.- ALVAREZ Amezquita, José. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, SSA, México, 1960, Vol. I y II.
 - 3.- ARGUMEDO, Manuel. ¿Qué es la educación Popular?. En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos, CEE, México, 1985, Vol. XV. No. 3, pp 127-137.
 - 4.- BARCO, Susana. Antididáctica o nueva Didáctica. En Rev. Ciencias de la Educación, Argentina, 1973, No. 10 pp 35-49.
 - 5.- BEST W, John. Cómo investigar en educación, Morata, Madrid, 1970, 398 p.
 - 6.- RIROU, A. Léxico de Economía, LAIA, Barcelona, 1977.
 - 7.- BLEGER, J. Temas de Psicología, Nueva Visión, Argentina, 1970.
 - 8.- BONINO, María. Para una metodología reflexiva de educación a distancia. En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos, CEE, México, 1985, Vol. XV, No.3, pp 109-125
 - 9.- BOSCO Pinto, Joao. Educación de adultos y desarrollo social. En Ensayos sobre la educación de los adultos en América Latina, CEE, México, 1982, 259-277 pp.
 - 10.- CASTILLO, Alfonso et al. Educación de adultos en México. En Ensayos sobre la educación de los adultos en América Latina, CEE, México, 1982, 231-258 pp.
 - 11.- CASTREJON Diez, Jaime y GUTIERREZ, Ofelia. Educación Permanente, EDICOL, México, 1980, 94 p.
 - 12.- CELIS y NAVA. Patología de la Pobreza. En Rev. Médica del Hospital General, México, 1970, Vol. 33, pp 297-314.
 - 13.- CIRIGLIANO, Gustavo y PALDAO, Carlos. La educación de adultos en América Latina, Hipótesis interpretativa y Perspectivas. En Ensayos sobre la educación de los adultos en América Latina, CEE, México, 1982, 321-334 pp.
-

-
- 14.- COMITE DE EXPERTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Educación Higiénica del Público, OMS, Suiza, 1952.
 - 15.- COMITE DE EXPERTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria. OMS, Suiza, 1969.
 - 16.- CONGRESO NACIONAL DE INVESTIGACION EDUCATIVA. Documentos Base, México, 1981, V. II
 - 17.- DALHAUS González, Antonio. La educación para la salud en el proceso educativo de la población, UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, México, 1978.
 - 18.- Diccionario de Ciencias Médicas Dorland, El Ateneo, Argentina, 1979.
 - 19.- DURANA, Inés et al. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de la salud, OPS/OMS, Washington, 1982, 150 p.
 - 20.- Enciclopedia Larousse de la Medicina, Larousse, España, 1980, 592 p.
 - 21.- FREIRE, Paulo. Extensión o comunicación, la concientización en el medio rural, S. XXI, 1975, 108 p.
 - 22.- FRENK, Julio. Cuadro Clínico de la enseñanza médica mexicana. En Rev. Nexos, México, Enero 1978, 21-24 pp.
 - 23.- GARZA Ramos, Margarita. Educación y Salud Pública, UNAM, Tesis Colegio de Pedagogía, México, 1966.
 - 24.- HEFERNANDEZ Pérez, Gudelia. Fundamentación Pedagógica de un curso sobre educación para la salud en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, México, 1980, 66 p.
 - 25.- LABELLE, Thomas. Educación no formal y cambio social en América Latina, Nueva Imagen, México, 1980, 288 p.
 - 26.- LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. En Rev. Latinoamericana de Salud, Nueva Imagen, México, 1982, 7-25 pp.
-

-
- 27.- MOSS R, Bernice et al. Educación para la salud, Trillas, México, 1972, 490 p.
- 28.- NERICI, Imideo. Hacia una didáctica general dinámica, Kapelusz, Argentina, 1968, 526 p.
- 29.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Atención Primaria de Salud, OMS, Ginebra, 1978, 91 p.
- 30.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma-Ata, OMS, Ginebra, 1978.
- 31.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Educación Médica y Salud, OMS, Estados Unidos, 1980, Nos. 1,2 y 3.
- 32.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Internacional de las Enfermedades, OPS/OMS, Ginebra, 1975, 874 p.
- 33.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud para todos en el año 2000, OPS, Ginebra, 50 p.
- 34.- ORTEGA Altamirano, Doris Verónica. Educación para la salud en comunidades suburbanas de la ciudad de México, UNAM, Tesina Colegio de Pedagogía, México, 1984, 182 p.
- 35.- ORTIZ Quesada, Federico. Salud en la pobreza, CESTEM/Nueva Imagen, México, 1982, 96 p.
- 36.- PICON Espinoza, César. La educación de adultos en América Latina en la década de los ochenta, situación y perspectivas, En Ensayos sobre la educación de los adultos en América Latina, CEE, México, 1982, 335-378 pp.
- 37.- SANCHEZ Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública, Francisco Méndez Cervantes, México, 1983, 312 p.
- 38.- SECRETARIA DE GOBERNACION. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, SG, México, 1985, 160 p.
- 39.- SECRETARIA DE GOBERNACION. Ley General de Salud, SG, México, 1984
-

-
- 40.- SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO. Plan Nacional de Desarrollo, SPP, México, 1983, 430 p.
 - 41.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Análisis de la Ley General de Salud, SSA, México, 1985.
 - 42.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Normas, Educación para la Salud, SSA, México, 1984, 336 p.
 - 43.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Programa Nacional de Salud 1984-1988, SSA, México, 1984.
 - 44.- SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Salud Pública de México, SSA, México, 1970, Vol. XII, No. 3, 140 p.
 - 45.- SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF). Programas Institucionales, DIF, México, 1983, 51 p.
 - 46.- SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF). Programa Nacional de Planificación Familiar, DIF, Mimeógrafo, México, 1985, 120 p.
 - 47.- TIMIO, Mario. Clases sociales y enfermedad, Nueva Imagen, México, 1981, 144 p.
 - 48.- TORRES, Carlos. Hacia una sociología política de la educación de adultos. En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos, CEE, México, 1985, Vol. XV, No. 3, pp 41-67.
 - 49.- VEGA, F. y MANZANEDO, H. Bases esenciales de la Salud Pública, La Prensa Médica Mexicana, México, 1985, 100 p.
 - 50.- VILLASEÑOR, F. y GOMEZ, G. Educación Higiénica, Trillas, México, 1972, 386 p.
 - 51.- VILLARREAL, Ramón. Participación de la comunidad en los Programas de salud, En Gaceta Médica de México, México, 1975, V.115, No. 7, 291-292 pp.
 - 52.- WERNER, David. Donde no hay Doctor, una Guía para los campesinos que viven lejos de los Centros Médicos, EUA, 1981, 418 p.
-

RELACION DE
CUADROS

	PAGINAS
1.- PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.....	47
Concepción Salud.....	48
Significado Salud.....	49
Características.....	50 a 52
Diagnóstico.....	53 a 60
Estrategias Internacionales.....	61 a 63
Participación Institucional.....	64 a 72
Marco Legal.....	73 a 77
2.- EDUCACION PARA LA SALUD.....	78
Concepción.....	79
Objetivos.....	80
Importancia.....	81
Límites de incidencia.....	82
Area de la Salud.....	83
Area de la Educación.....	84
Desarrollo.....	85
Evolución Institucional en México de los Servicios de Salud.....	86 a 89
Participación Institucional.....	90
Profesionistas que intervienen.....	91
Problemática.....	92
Acciones a realizar.....	93
Campo.....	94 a 105

	PAGINAS		
3.- PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE EN LA EDUCACION PARA LA SALUD.....	106		
Concepción de Educación.....	107		
Concepción de Didáctica.....	108		
Concepción de Aprendizaje.....	109		
Características.....	110	a	112
Coordinación.....	113	y	114
Nivel Operativo.....	115	a	119
Técnicas.....	120		
4.- INFORMACION SANITARIA.....	121		
Epidemiología.....	122	a	125
Utilización de Estadísticas.....	126	a	134
5.- GLOSARIO.....	135	a	143
6.- SUGERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	144		
1. Proceso Salud-Enfermedad.....	145	a	147
2. Educación para la Salud.....	148	a	150
3. Proceso de Enseñanza Aprendizaje.....	151	a	153

A N E X O

LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL DIF

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) fue creado como organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, el 10 de enero de 1977 por decreto presidencial, al fusionarse el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). En diciembre de 1982, por decreto del Ejecutivo Federal, el DIF se integró al Sector Salud, encomendándosele la realización de los Programas de Asistencia Social* del Gobierno de la República, para lo cual se adecuaron sus objetivos y se pusieron a su disposición los bienes muebles e inmuebles y los recursos de carácter no hospitalario, que la Secretaría de Salubridad y Asistencia** venía destinando a servicios de asistencia social y de rehabilitación (1).

El DIF como parte del Sector Salud, articulado en el Sistema Nacional de Salud y acorde con los lineamientos, propósitos y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, hace frente a su responsabilidad de promover el bienestar social de la población y prestar a ésta los servicios de asistencia social que procuren la satisfacción de sus necesidades básicas.

*El DIF define a la Asistencia Social como: "El conjunto de acciones tendientes a convertir en positivas las circunstancias adversas que puedan impedir al hombre su realización como individuo, como miembro de una familia y de la comunidad, así como la protección física, mental y social a personas en estado de abandono, incapacidad o minusvalía en tanto se logre una solución satisfactoria a su situación". DIF. Programas Institucionales, 1.

**Actualmente Secretaría de Salud.

(1) DIF. op cit. 8

Las actividades asistenciales que desempeña el Sistema, están orientadas a la consecución de los siguientes objetivos (2):

- I. Promover el bienestar social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia;
- II. Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad;
- III. Fomentar la educación para la integración social;
- IV. Impulsar el sano crecimiento físico y mental de la niñez;
- V. Proponer a la dependencia que administre el patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;
- VI. Atender las funciones de auxilio a las instituciones de asistencia privada que le confíe la dependencia competente, con sujeción a lo que disponga la Ley relativa;
- VII. Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de los menores, los ancianos y los minusválidos;

-
- VIII. Realizar estudios e investigaciones sobre los problemas de la familia, de los menores, de los ancianos y los minusválidos;
- IX. Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a los menores, ancianos y minusválidos sin recursos;
- X. Intervenir en el ejercicio de la tutela de los menores que corresponda al Estado, en los términos de la Ley respectiva;
- XI. Auxiliar al Ministerio Público en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con la Ley.

Enmarcados en los programas de gobierno, el DIF ha implementado nueve programas operativos con un gran número de acciones tendientes a cubrir las necesidades de asistencia social de la población que más atención requiere: Integración Social y Familiar, Asistencia Educativa, Atención Social a Desamparados, Asistencia Social Alimentaria, Rehabilitación, Promoción del Desarrollo Comunitario, Asistencia Jurídica, Desarrollo Cívico Artístico y Cultural y Formación y Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación.

Las acciones de educación para la salud en la Institución, se realizan en la Dirección de Promoción y Desarrollo Social *, dentro de los Programas de Integración Social y Familiar y de Promoción del Desarrollo Comunitario, a través de cuatro actividades: pláticas, sociodramas, teatro guiñol y faenas comunitarias.

* Véase Organigrama.

Las pláticas son impartidas por personal de los diferentes departamentos que integran la Dirección de Promoción y Desarrollo Social, entre los que se encuentran trabajadores sociales, pedagogos, psicólogos, médicos y sociólogos, en las áreas de nutrición, higiene, saneamiento, farmacodependencia, planificación familiar y orientación sexual.

Las pláticas se proporcionan tanto al personal de los diferentes Centros* de la Dirección mencionada, como a los padres de familia que viven dentro de las zonas de influencia de los mismos.

Se programan mensualmente ciclos de tres a cinco pláticas por comunidad, a petición de los responsables de los Centros; realizándose en algunos casos, una promoción previa a la impartición de las mismas.

Cada plática tiene una duración aproximada de una hora, desarrollándose generalmente a través de la técnica expositiva y apoyándose en la utilización de material didáctico.

Los sociodramas y el teatro guiñol son realizados por trabajadores y promotores sociales, en comunidades marginadas de las zonas de influencia de la Dirección. La temática que abordan es: nutrición, higiene, saneamiento, alcoholismo y organización y participación comunitaria.

Son también efectuados a petición de los responsables de los Centros, realizándose por

* 22 Centros Familiares, 23 Centros de Desarrollo de la Comunidad, 13 Centros de Bienestar Social Urbano, 12 Estancias Jardines Infantiles, 7 Escuelas Asistenciales y 18 Hogares Sustitutos.

lo general en cada comunidad una función de teatro guiñol o dos sociodramas, utilizando la técnica participativa, una vez finalizados los mismos.

Las faenas comunitarias son efectuadas por promotores y trabajadores sociales semanalmente en diferentes comunidades de las zonas de influencia de la Dirección.

Consisten en la realización de algunas actividades de saneamiento con la comunidad, como: barrido y regado de calles, caleado de bardas, plantación de árboles y limpieza de las viviendas.

El personal del DIF proporciona a la comunidad los instrumentos necesarios para la realización de estas actividades, tales como: escobas, semillas, arbolitos, cal y pintura. Las faenas se realizan un sólo día en cada comunidad, durante una mañana, llegando a transcurrir muchas veces hasta un año para que el personal del DIF regrese a la misma comunidad.

En los párrafos anteriores, se han descrito las características que identifican a cada una de las actividades de educación para la salud que se realizan en el DIF, a continuación se especifican aquellas que les son comunes a todas:

- Las actividades se llevan a cabo sin la realización de un diagnóstico previo sobre el proceso salud-enfermedad de la comunidad, es decir, no parten de las necesidades reales de la población.
-

-
- Las actividades se realizan a petición de los responsables de los Centros, sin considerar las necesidades e intereses de la población.
 - Las mismas actividades de educación para la salud se llevan a cabo en todas las comunidades, sin tomar en cuenta las prioridades que en materia de salud tenga cada una.
 - Las actividades no están sistematizadas, careciendo de un marco de referencia, de un Programa y de objetivos definidos.
 - Las actividades se llevan a cabo sin ninguna organización y coordinación entre las áreas responsables de su ejecución, perpetuándose muchas veces el desperdicio de esfuerzos.
 - Las actividades se realizan bajo una perspectiva funcionalista, en la que la educación para la salud es entendida como una difusión de normas y en la que la actividad del personal se reduce a la transmisión de información y la de la comunidad a la recepción de mensajes.
 - Las actividades se realizan durante un período breve y único, es decir, en forma aislada y sin continuidad y seguimiento.

Estas particularidades de la forma como en la Institución se aborda la educación para la salud. traen como consecuencias:

- Desinterés de la población en la participación de las actividades de educación para
-

la salud, reflejado en ausentismo, poca o nula participación y asistencia obligatoria a las mismas*.

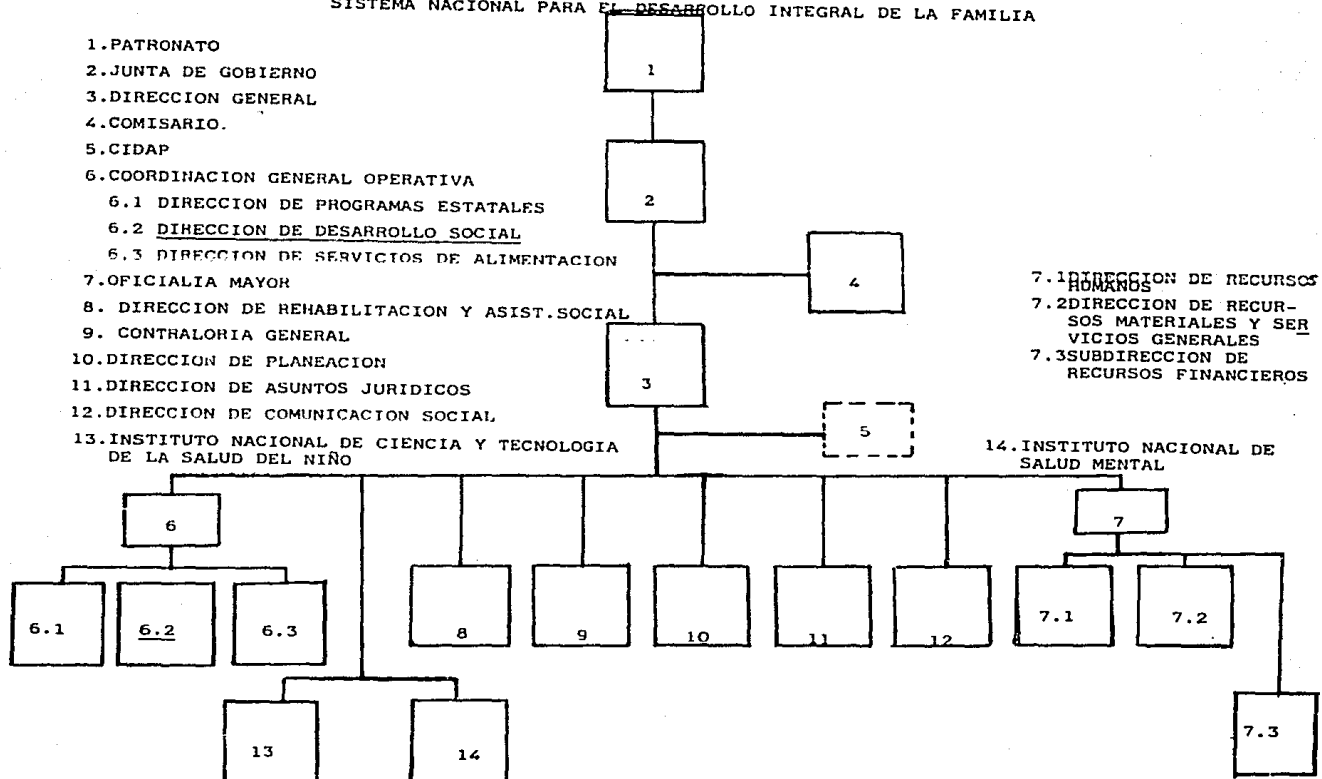
- Desperdicio en la mayoría de los casos, de recursos humanos y materiales, al no trascender las actividades en mejoramiento del nivel de salud de la población.
- Frustración, en ocasiones, del personal al percibir que su trabajo con la comunidad no fructifica.

De lo expuesto, se deduce que es necesario cambiar las políticas que hasta ahora han regido la ejecución de las acciones de educación para la salud, definiendo en primer término un marco de referencia que contemple el proceso salud-enfermedad bajo un enfoque integral y el proceso de enseñanza-aprendizaje como una acción activa y concientizadora; elaborar Programas y objetivos que permitan organizar las actividades que lleven a cabo cada una de las áreas y capacitar al personal encargado de su realización.

La problemática de salud de las comunidades marginadas está conformada por una cantidad enorme de dificultades para las cuales no encontramos respuesta inmediata, no obstante, la educación para la salud puede ser un elemento que coadyuve en la organización de las comunidades para enfrentar esta problemática.

* El DIF proporciona a través de sus Centros, vales canjeables por dotaciones de leche y regalos para los días de Reyes y del Niño.

ORGANIGRAMA
D I F
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA



FUENTE: DIF. Programas Institucionales, 17