

9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA APLICACION DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL DE LA SECRETARIA DE SALUD EN UN AREA MARGINADA DE LA COMUNIDAD BARRIO NORTE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A:
ROSA ALICIA CRUZ FLORES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A MIS PADRES ELIAS Y ALTAGRACIA:

**CON LOS CUALES YA NO CUENTO EN ESTE MUNDO
PERO QUE JAMAS DEJARAN DE EXISTIR EN MI CORAZON**

EN ESPECIAL A MI ESPOSO MOISES:

PARA EL CUAL NO ENCUENTRO
PALABRAS PARA AGRADECERLE
TODO SU APOYO, COMPRENSION
Y AMOR QUE ME DEMOSTRO A LO
LARGO DE TODA MI CARRERA
ASI COMO EN LA ELABORACION
DE ESTE TRABAJO.

A MIS HIJOS MOISES, MIREYA Y ROCIO:

A QUIENES LES PIDO PERDON
POR HABERLES ROBADO EL
TIEMPO QUE MERECIAN EN EL
TRANSCURSO DE LA ELABORACION
DE ESTE TRABAJO.

A MIS MAESTROS:

**POR EL APOYO CONSTANTE DURANTE
MIS AÑOS ESCOLARES BRINDADOME
SUS CONOCIMIENTOS Y DANDOME LA
OPORTUNIDAD DE PODER TENER UNA
PROFESION DIGNA Y EL SUPERARME
COMO ESTUDIANTE DE UNA
DISCIPLINA TAN HUMANITARIA.**

A LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD "BARRIO NORTE":

POR LA CONFIANZA DEPOSITADA Y LA
RETROALIMENTACION BRINDADA AL
EQUIPO DE SALUD.

AL DOCTOR JUAN ZURIGA Y A LA ENFERMERA
FABIOLA PERALTA:

POR HABER SIDO PARTE DEL
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, A
QUIENES RECUERDO CON CARINO
POR SU ENTREGA, DEDICACION,
PROFESIONALISMO Y AMISTAD
SINCERA.

A LA FAMILIA GUTIERREZ CRUZ:

POR SU AYUDA INCONDICIONAL QUE
ME OFRECIERON EN LA CONCLUSION
DE ESTE TRABAJO.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS:

QUE DE UNA U OTRA MANERA
COLABORARON PARA LOGRAR
LA TERMINACION DE ESTE
TRABAJO.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN LAS AREAS MARGINADAS EN EL DISTRITO FEDERAL.....	1
1.1 Concepto y Características Generales de las Areas Marginadas.....	1
1.2 Características Generales del Programa de Atención Primaria de la Salud en Areas Marginadas.....	15
1.2.1 Objetivos y Metas.....	22
1.2.2 Subprogramas.....	23
1.3 Programa de Atención Primaria de la Salud en la Comunidad Barrio Norte.....	29
1.3.1 Características del Programa de Saneamiento Ambiental.....	39
CAPITULO II. CONTEXTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.....	46
2.1 Proceso Metodológico del estudio de la Comunidad.....	46
2.2 Estudio de la Comunidad Barrio Norte.....	51
2.2.1 Antecedentes Históricos y Características Geográficas.....	51
2.2.2 Aspectos Socioeconómicos.....	55
2.2.3 Vivienda e Interacción Familiar.....	63
2.2.4 Cultura Médica.....	65
2.2.5 Principales Problemas de Salud.....	70
2.2.6 Principales Problemas de Saneamiento Ambiental.....	72

CAPITULO III.	EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.....	84
3.1	Metodología Empleada en el Programa de Saneamiento Ambiental.....	84
3.2	El Equipo Multidisciplinario Base.....	94
3.3	El Trabajador Social en el Equipo Multidisciplinario y el Grupo de Promotores Voluntarios.....	100
3.3.1	Funciones de Coordinación y Organización...	104
3.3.2	Educación para la Salud.....	107
3.4	Resultados de la Experiencia en el Programa.....	111
CAPITULO IV.	ANALISIS Y CRITICA DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	119
4.1	En Relación a la Problemática de Saneamiento Ambiental Detectada.....	120
4.2	En Relación a la Intencionalidad de la Aplicación del Programa Institucional.....	129
4.3	En Relación al Quehacer Profesional del Trabajador Social.....	133
4.4	En Relación al Proceso Metodológico Utilizado.....	143
CONCLUSIONES.....		147
PROPUESTAS.....		152
BIBLIOGRAFIA.....		158
ANEXOS.....		162

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

Desde que inicié la carrera de Licenciado en Trabajo Social y empecé a conocer el programa de estudios que ofrece la Escuela Nacional de Trabajo Social, la primera inquietud fue experimentar hasta dónde era aplicable en la práctica profesional toda la gama de conocimientos, técnicas y actividades impartidas por los profesores en un pizarrón, una clase o en un libro. Las interrogantes siempre fueron:

- Que pasaría cuando ya no fueran prácticas escolares, sino un trabajo profesional ?.

- Que ocurriría cuando la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENTS-UNAM) ya no estuviera respaldando nuestro trabajo ?

- Que problemas tendríamos al concluir el plan de estudios y nos enfrentáramos a la realidad de la sociedad mexicana con la gran variedad de problemas sociales que presenta ?

- Cómo integrarse a un equipo multidisciplinario de trabajo interactuando con profesionales de otras áreas para un fin común ?

- Si las instituciones tienen conocimiento y aceptación del nivel de preparación académica de un Licenciado en Trabajo Social y si éste posee los conocimientos y habilidades para

elaborar planes y programas, así como plantear objetivos institucionales ?.

El haber concluido un plan de estudios, generalmente nos obliga a buscar la titulación inmediata para sustentar oficialmente nuestra preparación y así contar con el elemento necesario para iniciar la etapa práctica remunerada en el desempeño de un trabajo institucional, público o privado; sin embargo, por diversos motivos personales, se invirtió empezando a trabajar en una institución pública y en un programa de salud de nueva creación, en donde se requería de personal con el perfil profesional de Licenciado en Trabajo Social para integrar un equipo multidisciplinario de trabajo comunitario, en la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), retrásando con ello la titulación.

A través de ese tiempo de práctica institucional se acumuló enorme experiencia profesional en el área de salud de primer nivel, que bien valdría la pena dar a conocer a las nuevas generaciones de manera sistematizada y que al mismo tiempo, sea de utilidad para un trabajo formal. Para reanudar el proceso de titulación, tomando como base la gran oportunidad que por primera vez nos ofrece la ENTS-UNAM de titularnos mediante la modalidad de sistematización de la experiencia

profesional, teorizando la práctica y plasmando funciones y actividades realizadas por el Trabajador Social en el momento y lugar donde se ha laborado, apoyadas en el modelo de sistematización, propuesto por el Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social (CELATS) el cual parte del principio de reconstruir una experiencia mediante el relato breve, pero completo del trabajo que se realizó contemplando aspectos tales como:

El periodo durante el cual se trabajó (tiempo).

Características del lugar donde se realizó la experiencia (espacio).

Personal que participó en el trabajo (factores de la población y profesionales).

Objetivos y actividades realizadas.

Todo ello, dentro de un marco teórico conceptual y contexto histórico-social-político y económico global, refiriendo la intención de la experiencia y definiendo las estrategias metodológicas empleadas anotando los resultados de la experiencia profesional y analizando su desarrollo para concluir, proponer perspectivas personales y plantear nuevas

hipótesis.

Por otra parte el trabajo desarrollado se ha titulado "Experiencia Profesional en la Aplicación del Programa de Sanemiento Ambiental de la Secretaria de Salud en un Area Marginada de la Comunidad Barrio Norte", estructurado en cuatro capitulos, cuyo contenido se describe a continuación:

Capitulo I.- Se da un panorama general de lo que son las Areas marginadas desde diversos puntos. Se describe en forma general el Plan Nacional de Atención Primaria de la Salud de las Areas Marginadas, el cual es producto de una serie de estudios, investigaciones, conferencias y reuniones, tanto nacionales como internacionales de gente encargada y preocupada porque esos núcleos de población que carecen de los recursos suficientes, tengan la oportunidad de recibir la atención médica adecuada dentro de su comunidad y a un bajo costo. El plan propuso un sistema que modificara la formas tradicionales de servicio a nivel primario y concentrar los recursos en centros comunitarios de salud, atendidos por personal expofeso para atender agrupamientos de 500 familias; en el cual el mayor volumen de las actividades habrían de ejecutarse por el equipo multidisciplinario.

Con el fin de tener un panorama de cómo se llevó a cabo el programa de atención primaria en la comunidad "Barrio Norte", se describe desde el inicio de nuestra llegada a la comunidad, sus impresiones y expectativas que esperaban del grupo de salud; así como el apoyo de sus líderes.

Finalmente se describen las características del programa de saneamiento ambiental para dar a conocer un marco teórico conceptual de la experiencia.

Capítulo II.- Para detectar y dar a conocer los problemas y necesidades que sufre una comunidad, con el fin de planear medidas tendientes a la solución o mejoramiento de tales problemas fue indispensable realizar un estudio del área en cuestión; en este caso el estudio integral del área marginada denominada "Barrio Norte", permitió detectar y estudiar los problemas más urgentes que presentó esta comunidad, y de esta manera preparar el terreno para desarrollar el programa de saneamiento ambiental, motivo de este trabajo, basado en el proceso metodológico en la organización y desarrollo de la comunidad; abarcando los aspectos de: investigación, diagnóstico, planificación de la acción, ejecución de plan y evaluación preliminares. Esta investigación preliminar comprende como núcleo metodológico cuatro aspectos principales: observación, lectura de mapas, consulta de la

documentación y entrevistas.

Capítulo III.- En este capítulo se vierten conceptos de gran importancia, ya que se describe el programa específico de saneamiento ambiental y en cuyo desarrollo interviene directamente el quehacer del Trabajador Social actuando como educador, organizador y coordinador tanto del equipo multidisciplinario como de la propia comunidad empleando la metodología y práctica del desarrollo de la comunidad que contempla la investigación, diagnóstico, planificación, ejecución del plan y evaluación general. Período de aplicación 1980-1982.

Capítulo IV.- Aquí se llega a la parte fundamental del trabajo ya que en este capítulo se realiza la descomposición de los elementos de la realidad de la comunidad estudiada en un momento histórico determinado, con el propósito de identificar y racionalizar sus contradicciones y semejanzas, obstáculos y motivaciones, errores y aciertos; así como sus relaciones y conexiones externas e internas, desarrollo y aplicación de categorías enunciadas en el marco teórico y coherencia de elementos. Todo ello en relación a la problemática en materia de saneamiento ambiental de la comunidad estudiada a la aplicación del programa institucional así como el quehacer del

Trabajador Social apoyado en un proceso metodológico y con técnicas, estrategias e instrumentos bien definidos para llegar a establecer la evaluación crítica de los resultados de la experiencia profesional, concluir y proponer nuevas tendencias metodológicas del quehacer del Trabajador Social.

C A P I T U L O I

PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD A LAS AREAS MARGINADAS EN EL DISTRITO FEDERAL.

1.1 Concepto y Características Generales de las Areas Marginadas.

Es difícil establecer un concepto único y exacto de marginalidad; sin embargo, se expondrán definiciones y conceptos propuestos por diversos autores.

Según Ezequiel Ander Egg Marginalidad o Marginación Social significa, en esencia, estar "separado de" "cortado de" "a la orilla de", "aparte de". Situación en la que un individuo o grupos quedan excluidos de un determinado sector de la convivencia social. [1]

"Marginalidad social urbana es la existencia de obreros y campesinos migrantes, quienes por factores estructurales son subempleados o desempleados y habitan en las ciudades; su posición socio-económica les impide el acceso adecuado a los bienes de consumo (comida, vivienda, ropa) y el acceso regular a los servicios públicos (educación, salud, recreación)". [2]

Por otra parte, durante el II Simposium sobre Trabajo Social, efectuado por el Instituto Mexicano de Atención a la Niñez (IMAN), en la Ciudad de México en 1974, se expuso que el concepto de marginalidad "implica estar separado o excluido, es decir, en una acepción sociológica; no estar parcial o totalmente integrado a un sistema social". [3]

"La población marginada es una de las consecuencias más serias y complejas de la dinámica demográfica del país, pues representa el efecto de la migración rural hacia las grandes ciudades, que reviste las características de un fenómeno de movilización poblacional de momento incontrolable, continuo y creciente". [4]

Desde el punto de vista socio-cultural, "la población marginada es un grupo incompletamente asimilado que ha hecho abandono de su anterior cultura y que no ha logrado plena aceptación de aquella en cuyo seno vive. Es una expansión que se refiere a grupos de población inmigrante en los que se ha producido una mezcla de diferentes culturas, de tal manera que las actividades, valores y normas de conducta resultantes no son características de ninguna". [5]

"El enfoque socio-económico nos dice que son núcleos de

población inmigrante, ligados habitualmente por lazos de parentescos y que tiene ocupaciones similares, mismas que no se consideran integradas al sistema económico y de producción industrial, por lo que son designadas como ocupaciones no calificadas o devaluadas en el mercado laboral urbano. El denominador común de estos núcleos es la falta de seguridad social y económica, su papel como consumidores es limitado y se encuentran al margen los procesos económicos y políticos establecidos". [6]

El concepto "marginalidad" trata de definir, en sus más diversas implicaciones económicas, sociales políticas y psicológicas, la condición que frente al resto de la sociedad, presenta un factor de la población estructuralmente conducido a no encontrar ocupaciones estables, no obstante que se encuentra en condición de productividad. Esta circunstancia, no le permite gozar de las posibilidades de relación y participación, que, aún, cuando sólo sea un grado desigual, brinda el sistema social a sus demás integrantes; por tanto, se considera grupos marginales a aquellos que, no obstante ser miembros de la sociedad, no llegan a penetrar en la intimidad de sus estructuras. Como tales, podrán clasificarse a la mayor parte de los grupos de la población rural y a los pobladores periféricos de las grandes urbes y en no pocas ocasiones

núcleos ubicados dentro de la misma ciudad.

Al hablar de marginalidad se podría pensar obviamente que nos referimos a un grupo que se encuentra fuera del sistema, sucediendo lo contrario, pues justamente está integrado a determinado sistema económico; pero en el nivel más bajo y víctima de las formas más agudas de dominación y explotación.

Características.

La sociedad de nuestro país confronta un problema económico básico, el cual es, la enorme disparidad que existe entre sus miembros, respecto de la participación en la producción, el ingreso, el consumo, y las decisiones económicas. Esta disparidad se manifiesta no sólo en una distribución de la propiedad y del ingreso muy sesgada hacia los estratos superiores, sino en una marcada diferencia entre los que disfrutan de un empleo remunerado, lo que les permite tener acceso a un nivel de vida relativamente suficiente y los que, por el contrario, carecen de ocupación o viven en el subempleo, no pueden integrarse a la economía del país, carecen de lo mínimo indispensable, la economía mexicana ha sido incapaz de crear esos empleos.

La incapacidad de la industria moderna de la más alta

productividad para absorber toda la mano de obra y la incapacidad del sistema educativo para transformar con mayor rapidez la estructura de calificaciones de la misma, trae como consecuencia que los marginados en su gran mayoría emigrantes rurales, analfabetos y con desconocimientos de las tecnologías urbanas más valoradas, se incorporen al conjunto de empleos asalariados más bajos como son las ocupaciones manuales sin calificación y desvalorizadas.

A continuación se mencionan algunas características de las áreas marginadas consultadas en el Manual del Plan Nacional de Atención Primaria.

- Alta densidad de población.

Debido principalmente a la migración constante a la zona metropolitana de la Ciudad de México por parte de la gente de provincia que viven con la ilusión de encontrar condiciones de vida superiores a las que anteriormente tenía en su lugar de origen; además, existe un alto índice de natalidad, llegando a encontrar familias muy numerosas de más de 8 hijos.

- Falta de servicios de agua potable o servicios deficientes desde el punto de vista de la salud pública.

Este es un problema frecuentemente observado en estas áreas ocasionado principalmente por la no regularización de predios y la falta de organización comunal para la solución de este problema y todos aquellos que afectan a la comunidad.

- Predomina la habitación construida de materiales perecederos.

A causa de la falta de recursos económicos y la inseguridad de la legalización predial en estas zonas donde los propietarios no construyen adecuadamente sus viviendas.

La mayor parte de sus viviendas son de tipo "jacal", o "tugurios" en cuya construcción predominan los siguientes materiales: en las paredes, madera y lámina, en los techos, lámina y cartón corrugados; en las puertas madera y lámina.

Las viviendas están irregularmente construidas y los materiales utilizados se hallan muy deteriorados, en la mayor parte de ellas, penetran fácilmente el agua, el frío, y el polvo.

La apariencia general del conjunto de viviendas es muy abigarrada y deprimente, el piso desigual, la altura de las

viviendas diferentes, la ropa colgada, los techos sostenidos con piedras, la mayor parte de las viviendas son de una sola pieza o cuarto redondo y su extensión no guarda relación directa con el número de personas que las habitan; en general existe hacinamiento. Lo más común es encontrar una o dos camas, cocina y convivencia, con animales.

Entre las consecuencias de la marginalidad en el Distrito Federal destaca por su importancia el deterioro urbano. El cual está representado por viviendas construidas con materiales inadecuados y en lugares imprevistos, como las minas, los terrenos ejidales, federales y comunales.

Dentro del área urbana el deterioro físico de las viviendas, resulta alarmante debido a que éstas reciben un uso diferente para el que fueron creadas convirtiéndose en muchos casos en vecindades, densamente pobladas, favoreciendo el hacinamiento y la promiscuidad que se observa en las llamadas ciudades perdidas.

La vecindad posee la mayoría de las veces una llave de agua para todos sus habitantes, y casi siempre instalaciones sanitarias colectivas. La excesiva promiscuidad, la ausencia de luz, la ruinosidad de las construcciones, la acumulación

de basura en el callejón, son los rasgos característicos de esa forma de vivienda y que se encuentra en algunos barrios.

- La recolección de la basura es nula o deficiente.

Es común observar este problema en las áreas marginadas, muy probablemente porque los sitios donde se encuentran ubicadas las colonias son lugares muy irregulares topográficamente hablando y en la mayor parte de estas colonias es imposible llegar con carro recolector de basura; sin embargo, hay que tomar en cuenta también la poca atención que ofrecen las autoridades delegacionales en relación al problema y la escasa educación ecológica que prevalece en los habitantes de estas zonas que contribuye a la constante aparición de basureros públicos.

- Sin servicio adecuado de eliminación de excretas

Por lo regular se defeca al aire libre por no contar con recursos económicos para la construcción de letrinas, ni agua corriente para la instalación de fosa séptica o alcantarillado

- Los servicios públicos de urbanización son mínimos o provisionales.

Existen escasamente algunos de los servicios de urbanización, pero son inadecuados, irregulares, inconstantes y mal

organizados. El transporte urbano es de pésima calidad, bastante irregular y en muchas ocasiones sin control de precios; el alumbrado público sólo existe en algunas calles, pero es una mínima parte; los teléfonos públicos raramente están en servicio y son insuficientes en relación a la población del lugar; jardines, plazas y sitios de recreación generalmente no existen, siendo este la causa de otros problemas sociales; la vigilancia en las áreas marginadas se puede considerar como nula poniendo en constante predicamento la seguridad pública, etc.

- Problemas relacionados con la posesión de la tierra.

En algunas comunidades existen líderes y representantes que dicen estar luchando por lograr la regularización de la tenencia de la tierra, pero lo único que hacen es enriquecerse individualmente y la gente que anhela poseer un pedazo de terreno para la construcción de su hogar por su ignorancia y el engaño de quien los representa vuelven a quedar en las mismas condiciones; es decir, con la inquietud e inseguridad de no contar con un pedazo de tierra para edificar su casa y mejorar sus condiciones de vida.

La inestabilidad de la tenencia de la tierra, influye en el tipo precario de la construcción y en el estado anímico de la

población caracterizada por la angustia y la inseguridad, la forma de ocupación de los terrenos urbanos es la característica más importante de los asentamientos de los grupos marginados.

- La población tiene una gran inestabilidad de residencia. Como la gente que habita las áreas marginadas es de provincia su residencia es inestable, se enfrentan a que muchas veces los obligan a movilizarse a colonias vecinas, pero sin lograr cambios en sus condiciones generales de vida.

- El grupo tiene una organización social, de tipo comunal, basado en lazos familiares de mutua identificación.

El grupo social que se integra en las zonas marginadas en un alto porcentaje es de familias extensas, provenientes de algún estado de la República que cada vez va creciendo más con el advenimiento de más miembros de esas familias.

Los hijos no son tomados en cuenta en las decisiones familiares ni tampoco se les reconocen derechos, sino exclusivamente obediencia total a la autoridad paterna.

Abundan familias sin padre, la madre que busca empleo, los mayores al cuidado de los menores, drogadicción, delincuencia,

promiscuidad, incesto, y aborto. El padre se ausenta por razones de trabajo, por abandono o porque es un alcohólico o un desempleado. La madre es obligada a obtener empleo y por razón natural los deja solos la mayor parte del día. Los hijos mayores ayudan a la madre, cuidan a sus hermanos menores o se van a la calle a buscar trabajo.

Tienden a formar familias extensas, compuestas por numerosos miembros, abuelos, tíos, varios matrimonios e hijos grandes y pequeños conviviendo bajo el mismo techo, generalmente a una familia nuclear o a una pareja se arriman familiares con sus hijos u otras familias conocidas. Existe también muy marcado el compadrazgo, costumbre muy arraigada y extendida.

- La zona dispone de nulos o escasos recursos educacionales y de atención médica.

Por lo general estas áreas no cuentan con escuelas para impartir la mínima educación escolar posible, siendo necesario transportarse a la zona urbana para lograr que los niños queden inscritos en alguna escuela de enseñanza primaria o secundaria. Algunas colonias de estas zonas ya cuentan con escuelas primarias. Por otra parte, los servicios y recursos médicos son casi nulos, puesto que por la situación y condiciones desfavorables en cuanto a saneamiento ambiental,

servicios públicos y seguridad pública, difícilmente llegan a instalarse estos servicios; además de la escasez de recursos económicos de los habitantes que ofrece pocas perspectivas de éxito a servicios médicos particulares, los obligan a usar remedios caseros ya sean hierbas o acuden con curanderos y parteras empíricas.

- Les afecta una patología predominantemente infecciosa.

Ocasionadas principalmente en las vías digestivas y respiratorias, así como de la piel y de origen viral que evolucionan en un problema de desnutrición. Esto es fácil de comprender, ya que estas áreas por tener malas condiciones del saneamiento ambiental, falta de agua potable intradomiciliaria, falta de drenaje malas condiciones de la vivienda, el hacinamiento y promiscuidad, la precaria educación general, la falta de recursos y servicios médicos locales y las deprimentes condiciones económicas y de alimentación contribuyen definitivamente y norman en un contexto general, este tipo de patología.

Se tiene conocimiento de que la ignorancia y la escasa o nula educación higiénica condicionan el aumento de casos y de funciones por enfermedades infecciosas a través de hábitos no adecuados y de patrones culturales adversos en lo que se

refiere a la alimentación, a las medidas sanitarias y al manejo del enfermo.

La economía deficiente, como es el caso, interviene a nivel familiar o comunal en la incorporación de obras de saneamiento, adquisición de nutrientes y en el pago de atención médica y de medicamentos.

- Folklore.

Tienen formas diferentes de pensar actuar y relacionarse y también diversas costumbres tradicionales y mitos; el niño aprende el folklore de su familia, de sus vecinos y de su comunidad.

- Tienen una mayor incidencia de problemas sociales como alcoholismo y violencia.

Esta problemática está basada indudablemente en las condiciones generales de vida que los habitantes de las zonas marginadas tienen; es decir, que problemas como el alcoholismo, la drogadicción, la vagancia y la violencia están dados por una multitud de situaciones de tipo social, político, cultural, económico, educacional e inclusive religiosa.

Las características ambientales generales de las áreas marginadas del Distrito Federal son semejantes a las de cualquier ciudad urbanizada en expansión y son tan numerosas que sería interminable la lista de dichas características; sin embargo, las que se han mencionado representan panorámicamente las situaciones prevaletientes en la actualidad en las áreas marginadas de la ciudad de México en sus diversos sectores y más adelante nos referiremos en forma particular a la colonia "Barrio Norte", perteneciente a una de estas áreas marginadas del Distrito Federal.

La experiencia acumulada coincide en que "la marginalidad es un problema complejo, cuyos orígenes se encuentran en los defectos de nuestro sistema social. Al estudiar los grupos de población marginada encontramos que le son propios una rica gama de características que son resultantes de tal situación.

A fin de orientar las acciones de un plan de salud específicamente destinado a esta población; es conveniente establecer algunos indicadores, que puedan ser utilizados para tener una imagen objetiva y realista del problema.

1.2 Características Generales del Programa de Atención Primaria de la Salud en Areas Marginadas.

En este inciso se describirá en forma general las características del Plan Nacional de Atención Primaria de la Salud en las Areas Marginadas de las Grandes Ciudades, el cual es el producto de una serie de estudios, investigaciones, conferencias y reuniones, tanto nacionales como internacionales de gente encargada y preocupada porque esos núcleos de población que carecen de los recursos económicos suficientes, tenga la oportunidad de recibir la atención médica adecuada dentro de su misma comunidad y a un bajo costo.

La base fundamental para la estructuración definitiva del programa fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada del seis al doce de septiembre de 1978, en Alma Ata, Capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán.

Los fines y objetivos de la Conferencia pueden resumirse en lo siguiente: promover el concepto de atención primaria de la salud en todos los países; intercambiar experiencias e informaciones acerca de la organización de la atención primaria de la salud en el marco de sistemas y servicios nacionales de salud completos; evaluar la situación actual de

salud y de la asistencia sanitaria en todo el mundo; por cuanto guardan relación y pueden ser mejoradas con la atención primaria de la salud; definir los principios de la atención primaria así como los medios operativos que permitan superar los problemas prácticos que plantea el desarrollo de la atención primaria de la salud.

La conferencia de Alma Ata marcó un hecho histórico y trascendental para la reorganización de los servicios de salud en todo el mundo, pero en forma especial para nuestro país, ya que a partir de los acuerdos tomados en dicha conferencia se integró el Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud en la zonas marginadas de las grandes ciudades y de las zonas reprimidas y grupos marginados del sector rural.

Con dicho programa se pretendió terminar con la inaccesibilidad económica a los servicios de salud y facilitar la participación social de los mismos.

En 1977 principiaron las actividades del programa de atención primaria de salud, en áreas marginadas, en que se contó con la ayuda técnica de la Organización Panamericana de la Salud. (OPS) En cuanto al financiamiento del programa la Lotería Nacional para la Asistencia Pública es la que aportó el

presupuesto inicial.

Cabe hacer mención que el proceso de referencia, se orientó fundamentalmente, a proporcionar dichos servicios a la población urbana y rural no amparada por las instituciones de seguridad social, así como a promover educación, y a la participación comunitaria, a fin de capacitar a las diversas colectividades en autodefensa de su salud.

Durante el trienio de 1980 a 1982, la Secretaría de Salubridad y Asistencia estableció una red de 1,123 nuevos centros comunitarios de salud, que prestarón atención a nueve millones de personas; 503 de esos centros fueron instalados en 68 localidades con más de 50 mil habitantes, que es donde residió el porcentaje mayoritario de la población urbana marginada de la República; posteriormente se cubrieron con centros comunitarios.

La situación de salud en las zonas marginadas urbanas que determinó el enfoque prioritario a estas zonas, tuvo las siguientes características: índice de mortalidad por enfermedades infecciosas superiores al promedio nacional; alta morbilidad detectada en servicios existentes lo que revela deficientes condiciones sanitarias, nutricionales y

educativas; además se advierten en estas zonas deficiencias de agua potable, drenaje y condiciones inadecuadas de vivienda.

Se seleccionaron 14 ciudades de más de 300 000 habitantes para el establecimiento de servicios de salud, estimando una cobertura aproximada de 9,000,000 de habitantes que no contarán con los servicios de la seguridad social o no dispusieran de la capacidad económica para tener acceso de la medicina privada. Las 14 ciudades seleccionadas fueron las siguientes: Área metropolitana del Valle de México Guadalajara, Jal.; Monterrey, N.L.; León, Gto.; Puebla, Pue.; Cd. Juárez, Chih.; Tijuana, B.C.; Zona conurbada de Torreón, Coah. y Gómez Palacio, Dgo.; Tampico y Cd. Madero; Mexicali, B.C. Chih; Acapulco, Gro; San Luis Potosí, S.L.P.; Veracruz, Ver.

El programa estuvo basado en un concepto integral de salud pública estructurando un primer nivel de salud para atención médica, prevención y promoción; procurando enfocar los esfuerzos hacia un mejoramiento del nivel de una área marginal determinada, para ello se mejoraron las siguientes estrategias:

- Otorgar servicios de salud a través de un grupo

multidisciplinario integrado por:

- Médico
- Enfermera
- Promotor de la salud

- Responsabilizando al grupo de salud de 500 familias, aproximadamente 3000 habitantes y ubicando estos equipos en centros comunitarios de salud fácilmente accesibles a la población marginada, mediante la construcción de unidades de tamaño acorde a la concentración demográfica.
- Reforzando los servicios de atención primaria a la salud con un equipo odontológico para 30,000 habitantes.
- Destinando a cada establecimiento un cuadro básico de medicamentos.
- Estableciendo una red fría para la distribución y manejo adecuado de biológicos.
- Descentralizando la administración a los niveles operativos correspondientes.
- Estableciendo un trato amable y de respeto a la dignidad

humana.

- Proporcionando atención gratuita a cambio de trabajo comunitario.

- Los centros de salud comunitarios contaron para su adecuado manejo con los siguientes instrumentos básicos:
 - Expediente familiar.
 - Guía para el diagnóstico de la salud.
 - Guía de programación.
 - Manual de evaluación y supervisión.
 - Cuadro básico de medicamentos
 - Manuales de procedimientos técnicos y de administración.

- Programando cada equipo las actividades a desarrollar en el año teniendo como base el diagnóstico de la situación de salud del área y los lineamientos programáticos nacionales y regionales, con asesoría de nivel jurisdiccional.

- Infraestructura física.
Cada módulo de atención a la salud integrado por los recursos humanos mencionados, dispuso de la planta física y el equipo necesario, se previó tres tipos de construcción,

con las siguientes características:

Tipo I: Con un consultorio, un médico, un promotor de salud y una enfermera y como personal de apoyo un oficial administrativo para brindar atención a una población promedio de 3,000 habitantes (500 familias con un promedio de 6 integrantes).

Tipo II: Con tres consultorios, cinco médicos, cinco enfermeras y cinco promotores de salud, dos oficiales administrativos y tres intendentes, para una población de 18,000 habitantes (3,00 familias).

Tipo III. Con seis consultorios, once médicos, diez enfermeras, diez promotores de salud, un odontólogo siete técnicos auxiliares odontológicos, un estadígrafo (además de gabinete dental y farmacia), y con un personal de apoyo que consta de un administrador, tres auxiliares administrativos, cuatro intendentes, tres vigilantes, y choferes de acuerdo al número de unidades móviles disponibles, destinados para una población de 30,000 habitantes (5,000 familias).

1.2.1 Objetivos y Metas

Los objetivos del programa fueron:

- Garantizar la atención médica primaria a toda la población de áreas marginadas de grandes urbes
- Mejorar las condiciones de saneamiento básico de las zonas urbanas marginadas.
- Elevar el nivel de educación para la salud.

Las metas del programa fueron:

La población marginada del Distrito Federal se calculó en 672,000 personas, o sea, el 22.35% de la población total de la entidad; lo que constituyó la meta del programa.

Este programa cubrió áreas urbanas, periurbanas y rurales del Distrito Federal donde residió población marginada que se encontraba distante y poco accesible a los establecimientos de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal (más de 2.5 kms. de distancia).

La restante población marginada ya es sujeta de prestaciones de los Centros de Salud de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal, a través de sus programas

regulares.

El financiamiento del programa, con incremento anual permitió lograr la cobertura completa de estas áreas en un plazo máximo de 4 años a partir de 1978 con la instalación de 224 centros comunitarios de salud.

1.2.2 Subprogramas.

Los subprogramas que se llevaron a cabo en el primer nivel de salud fueron los siguientes:

- a) Atención materno infantil.
- b) Control de enfermedades transmisibles.
- c) Nutrición.
- d) Atención médica.
- e) Saneamiento ambiental.
- f) Promoción de la salud.
- g) Registro estadístico fundamental.

Actividades básicas de los subprogramas.

Subprogramas

Actividades básicas

a) Atención materna
infantil

a.1 Atención materna

Embarazadas

- Consulta médica
- Control enfermería
- Visita domiciliaria
- Vacunación toxoide tetánico.
- Ración alimentaria
- Control de parteras empíricas.
- Educación higiénica

Parto

Púerperas

- Referencia
- Visita domiciliaria
- Consulta médica (madre-niño)
- Ración alimentaria.

a.2 Planificación

familiar

- Consulta médica.
- Consulta de enfermería
- Educación higiénica

a.3 Atención infantil

niños menores de 1

año

- Consulta médica a sanos
- Consulta médica a enfermos
- Control de enfermería
- Visita domiciliaria
- Ración alimentaria
- Vacunaciones

Niños de 1 a 4
años

- Educación higiénica
- Consulta médica a sanos
- Consulta médica a enfermos
- Control de enfermería
- Ración alimentaria
- Vacunaciones
- Educación higiénica

Niños de 5 a 14
años

- Consulta médica a enfermos
- Vacunaciones
- Educación higiénica

b) Control de Enfermedades
Transmisibles
Vacunaciones

- Antipoliomielítica
- Antisarampionosa
- D.P.T.
- Antitetánica
- B.C.G
- Antivaricelosa
- Educación higiénica

Tuberculosis

- Toma de muestras
- Control de tratamiento
- Consulta médica
- Visitas domiciliarias
para control de contactos

y reconquista de
inasistentes.

Venéreas

- Educación higiênica
- Toma de muestras de sangre
- Consulta mèdica

Rabia

- Consulta mèdica
- Vacunaci3n antirràbica
humana visita domiciliaria
a inasistentes.

c) Nutrici3n

- Plàticas educativas
- Demostraciones
- Raci3n alimentaria mensual

d) Atenci3n mèdica

- Consulta mèdica
- Educaci3n higiênica

e) Saneamiento ambiental

- Visitas domiciliarias
- Agua
- Basura
- Eliminaci3n de excretas
- Alimentos
- Vivienda
- Educaci3n higiênica.

f) Promoción de la salud
educación higiénica

- Entrevistas a personas clave o juntas de vecinos para promoción
- Pláticas y demostraciones para apoyar el Programa Materno-Infantil
- Pláticas y demostraciones sobre nutrición
- Pláticas y demostraciones para apoyar el programa de control de enfermedades transmisibles y saneamiento ambiental
- Pláticas para apoyar el programa de atención médica
- Control de parteras empíricas
- Curso de adiestramiento a parteras empíricas
- Información masiva
Teatro guiñol
Perifoneo
Distribución de folletos
Periódico mural.

**Organización de la
comunidad**

- Estudio de comunidad
- Investigaciones
- Juntas de comunidad
- Elección del comité central de la junta comunitaria de salud e información a la comunidad.
- Elección de representante de sector.
- Integración de comisiones de trabajo.
- Funcionamiento de la junta comunitaria de salud.

**g) Registro estadístico
fundamental :**

- Registro, concentración, información y archivo de las actividades realizadas
- Recolección, crítica, concentración y archivo de los principales datos demográficos, socio-económicos y otros parámetros de la situación de salud de la comunidad.

1.3 Programa de Atención Primaria de la Salud en la Comunidad Barrio Norte

El Programa de Atención Primaria a la Salud se puso en marcha, el día cuatro de enero de 1980 en la Colonia Barrio Norte, la cual dependía del centro de salud "Dr. Márquez Escobedo."

El tipo de centro de salud al que pertenecía esta comunidad era el uno.

Antes de iniciar a trabajar en la comunidad se llevó a cabo un curso teórico y práctico de preparación comunitaria a todo el equipo multidisciplinario en la Escuela de Salud Pública con una duración de tres meses con el objeto de tener, bases firmes y homogéneas para trabajar en la colonia, tomando en cuenta principalmente las características de marginación.

La colonia Barrio Norte fue seleccionada por:

- su alto índice de morbilidad.
- su alto índice de natalidad.
- carecer de servicios públicos y saneamiento básico.
- falta de concientización y motivación de sus buenos hábitos higiénicos.
- falta de orientación y educación para la salud.

- gran índice de agresividad por los engaños constantes de grupos, que ofrecían solucionar sus problemas.

Esto era un reto muy grande para el equipo multidisciplinario el poder ganar la confianza y aceptación de la gente, pero contábamos con las armas de entusiasmo, preparación y amor a la comunidad y al trabajo; así como la unificación de criterios, base fundamental para poner en marcha con éxito el programa.

Las autoridades de la jurisdicción sanitaria, nos presentaron a los líderes de la comunidad (Presidente de colonia, jefes de manzana y líderes naturales).

Nos recibieron con mucho entusiasmo y nos ofrecieron su ayuda incondicional, no faltó también quien nos dijera que "a ver si de verdad hacemos algo para el beneficio de la comunidad, por que ya estaban hartos de platicuitas de planificación familiar, higiene de alimentos, lavado de manos, etc." que querían fuéramos constantes y honestos, que no fuera a suceder lo mismo que otros grupos que sólo ofrecen promesas y luego se van sin cumplir con sus objetivos, pero eso sí se llevan el aprendizaje que obtienen de la comunidad sin dejar nada a cambio.

Ese mismo día de la presentación nos quedamos a trabajar. El presidente de la colonia nos prestó un lugar donde ubicarnos, se trataba, de la subdelegación política, perteneciente a la Delegación Alvaro Obregón, la cual contaba con cuatro cuartos de 4 x 4 m, un baño y un patio. Los cuales se utilizaron de la siguiente manera:

- 1 cuarto para el consultorio.
- 1 cuarto para enfermería.
- 1 cuarto para Trabajo Social.
- 1 cuarto para la farmacia, acondicionada por la misma comunidad por muestras médicas o medicinas que les regalaba el Seguro Social
- el patio se acondicionó como sala de espera de pacientes

La consulta médica era gratuita.

El equipo de salud estaba compuesto por:

- 1 Médico titulado, 28 años de edad, egresado, del Instituto Politécnico Nacional (IPN).
- 1 Enfermera pasante 17 años de edad, egresada de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP).
- 1 Trabajadora Social 23 años de edad, egresada en la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS UNAM).
- 1 Pasante de medicina el cual era rolando cada año.

Como voluntaria de la misma comunidad una señora de 47 años de edad, analfabeta, madre soltera, con un hijo drogadicto y pandillero, era la encargada de hacer el aseo del centro de salud, a veces se le pagaba con la cooperación por la misma gente que acudía a la consulta.

También se contaba con un "vigilante" de sexo masculino, 50 años de edad, con problemas de alcoholismo, casado, según él, cuidaba el centro de salud pues se quedaba a dormir en el suelo del consultorio. A los cuatro meses después de nuestra llegada falleció de cirrosis hepática.

El horario de actividades del equipo de salud era de 8 hrs. a 15 hrs. de lunes a viernes, a veces en forma voluntaria acudíamos los sábados o domingos para formar grupos o eventos sociales organizados en coordinación por la misma comunidad.

Los recursos materiales que la Secretaría proporcionó fueron:

- 1 mesa de exploración.
- 2 escritorios.
- 7 bancas para la sala de espera.
- 1 refrigerador para la conservación del biológico.
- 1 vitrina.
- 1 lámpara de chicote.

- 1 báscula

Equipo y material de curaciones

Métodos anticonceptivos

Los objetivos principales del programa eran:

- Dar atención de primer contacto a través de los programas de salud específicos.
- Motivar y sensibilizar a la comunidad para que practicara hábitos de higiene personal.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad por parasitosis intestinales
- Elevar el nivel de educación para la salud.

Cobertura

500 familias con un promedio de 3000 habitantes.

Las funciones que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

Investigación

- Participación con el equipo multidisciplinario en el diagnóstico de salud.
- Identificación de los problemas socio-culturales y de salud prevaletentes en el área.

Administración

- Coordinación con otras instituciones de Salud intra y extramuros.

- Mantener constante supervisión y asesoría a comités de salud y promotores voluntarios.
- Participación en juntas de Trabajo Social en la jurisdicción sanitaria, para unificar criterios en la realización de actividades.
- Elaboración de la minuta de acuerdos.
- Elaboración de subprogramas de trabajo para la junta comunitaria de salud.
- Elaboración del diario de campo.
- Elaboración del informe mensual de actividades.
- Elaboración del cronograma de actividades.

Educación

- Organización de grupos, para proporcionar información de la organización y funcionamiento del centro de salud; así como el programa de saneamiento y educación para la salud.
- Mantener informada a la población sobre las causas del adecuado manejo higiénico de los alimentos y aseo personal.
- Orientar a la comunidad para el aprovechamiento de los servicios del centro de salud.
- Impacto a la educación para la salud con el fin de crear en la población actitudes positivas para su

participación en forma activa y organizada en beneficio de su salud.

- Entrevistas a pacientes para motivarlos e integrarlos a grupos, para la promoción de campañas de limpieza.
- Pláticas y demostraciones del manejo adecuado de basura, excretas, alimento agua y fauna nociva.
- Modificación de conductas y hábitos en beneficio de su salud.

Promoción en la comunidad para:

- Evitar la contaminación del agua y la utilización adecuada.
- Disposición correcta de las excretas.
- Eliminación correcta de la basura.
- Participación en campañas de limpieza.
- Mejoramiento y manutención higiénica de la vivienda.
- Crear el hábito de la higiene individual y familiar.
- Lograr que la comunidad reconozca sus problemas de salud y generar acciones tendientes a resolverlos mediante la utilización organizada de sus propios recursos.
- Selección de líderes, personas claves y grupos organizados para que participen en forma activa en el Plan de la Salud.

- Integración de junta comunitaria de salud, comisiones de trabajo y representantes de sector.

Enseñanza

- Asesorar, orientar y coordinar actividades de comités de salud y promotores voluntarios.
- Coordinar actividades o campañas para el bienestar de la comunidad, tales como: construcción de letrinas, manejo adecuado del agua, basuras, alimentos y prevención de fauna nociva.
- Capacitación a grupos de jóvenes, adultos y amas de casa para apoyar en las actividades educativas en pro de su comunidad y superación propia.
- Desarrollo del sujeto con espíritu de acciones de cooperación entre los individuos y grupos de la comunidad.

Actividades

- Pláticas educativas.
- Visitas domiciliarias.
- Demostraciones.
- Entrevistas.
- Elaboración de material didáctico.
- Aplicación de cédulas socio-económicas.

- Asistir a las juntas comunitarias.
- Información masiva.
- Registro estadístico.

Las actividades de promoción a la salud fueron apoyadas por:
Técnicas didácticas tales como:

- Exposición oral (pláticas o charlas) en domicilios, sala de espera del centro comunitario.
- Demostración en domicilios y lugares públicos.
- Discusión de grupos con líderes de la comunidad y comités de salud.
- Diálogo con líderes, promotores voluntarios, maestros, amas de casa.
- Entrevistas grupales; formal e informal, a grupos de jóvenes, niños, amas de casa. Formal apoyados por una cédula socioeconómica proporcionada por el centro de salud "Márquez Escobedo."

Material didáctico auxiliar.

- Rotafolio
- Franelógrafo
- Láminas
- Pizarrón

Información masiva.

- Trípticos
- Cartel
- Folleto
- Periódico mural
- Teatro quifol.
- Equipo móvil

Material de Información y Estadística.

- Estudio de comunidad.
- Diagnóstico de salud.
- Expediente familiar.
- Fichas.
- Informe diario y mensual de actividades.
- Cuadros y gráficas.
- Manual de Normas y Procedimientos.
- Manual de Atención a la Salud.
- Manual de Saneamiento Ambiental.
- Manual de Supervisión y Evaluación.
- Manual de Educación para la Salud.
- Manual de Nutrición.
- Manual de Materno Infantil.

La evaluación se realizaba mensual, trimestral o anualmente por la jefe de trabajo social jurisdiccional.

Este programa fue presentado al presidente de la colonia para proporcionarnos apoyo.

1.3.1 Características del Programa de Saneamiento Ambiental.

Dado que la finalidad primordial del presente trabajo fue observar las condiciones ambientales generales de la comunidad marginada "Barrio Norte" y su mejoramiento, se considera indispensable la descripción completa de dicho programa, con el propósito de darlo a conocer en todos sus detalles y tal como fue aprobado y dado a conocer. Todo ello para que al finalizar la investigación fuera posible una evaluación de logros e identificar fallas y deficiencias del programa, tanto en su planeación como en su desarrollo.

Objetivo General.

Mejorar las condiciones de saneamiento básico en las áreas marginadas del Distrito Federal, a través de la participación organizada de la población.

Objetivos Inmediatos.

- Capacitar a las familias para que utilicen y manejen adecuadamente el agua disponible.
- Instruir a la población para que deje de practicar el fecalismo al aire libre eliminando adecuadamente las excretas.
- Instruir a la población para que elimine adecuadamente las basuras.
- Motivar a la familia para que mejore su vivienda, la mantenga en condiciones higiénicas y libre de fauna nociva.
- Orientar a las familias para que manejen higiénicamente los alimentos al prepararlos y consumirlos.
- Promover en las familias la práctica de hábitos de higiene personal.
- Organizar permanentemente acciones comunales de saneamiento.

Objetivos Mediatos.

- Lograr que la población sea consciente de los riesgos de la contaminación ambiental y participe en forma responsable en el mejoramiento del ambiente.
- Disminuir la morbi-mortalidad por diarreas en la población; específicamente en los niños menores de 5 años.
- Disminuir la morbilidad por parasitosis intestinales.

Metas.

- Impartir 36 pláticas a grupos organizados.
- Realizar 1000 visitas domiciliarias educativas.

Familias visitadas: 500

Visitas a cada familia: 2

- Lograr que el 50% de las familias mejoren su hábitos higiénicos.
- Lograr que el 30 % de las familias realicen mejoras en la casa habitación.
- Realizar 20 funciones de teatro quifol de 30 minutos cada una.
- Utilizar 40 veces los servicios de una unidad móvil de sonido con una duración de 4 horas de perifoneo cada ocasión.

Límites.

- De tiempo. El programa será permanente. Las metas y actividades están previstas para un año de trabajo al término del cual se harán los ajustes convenientes.
- De espacio. Áreas urbanas, periurbanas y rurales del Distrito Federal.
- Universo. 500 familias, con una población aproximada de 3000

habitantes.

Recursos Humanos.

Un médico general.

Una enfermera.

Una Trabajadora Social.

Funciones.

- Investigación.
- Organización de la comunidad.
- Programación de actividades.
- Integración de la junta comunitaria.
- Motivar y sensibilizar a la comunidad.
- Coordinación con otras instituciones.
- Educar
- Capacitación a promotores voluntarios
- Orientar

Actividades.

- Pláticas educativas.
- Visitas domiciliarias.
- Demostraciones.
- Entrevistas.
- Elaboración de material didáctico.

- Formación de grupos.
- Aplicación de cédulas socioeconómicas.
- Asistir a las juntas comunitarias.
- Información masiva.
- Registro estadístico.

Evaluación.

- Mensual, trimestral y anual bajo las siguientes indicaciones:

Sobre las Pláticas:

- Número de pláticas impartidas.
- Número de grupos organizados.
- Número de asistenes.
- Promedio de asistencia por plática.

Sobre las Visitas:

- Visitas domiciliarias educativas.
- Número de familias visitadas.
- Total de visitas realizadas.
- Promedio de visitas por familia.

Número de familias que mejoren sus hábitos higiénicos.

Número de familias que realicen mejoras a la casa-habitación.

Número de funciones de teatro guignol.

Número de veces que se utilizó el perifoneo y la unidad móvil de sonido.

NOTAS

1. Ander Egg Ezequiel, Diccionario del Trabajador Social. Ed. el Ateneo, 10a. edición, México D.F., 1991 p. 189
2. Ponce de León Esmeralda, Los Marginados de la Ciudad. La Educación en la comunidad. Ed. Trillas México D.F., Centro de Investigación para la Integración social, 1990. p. 11
3. II Simposium Nacional, sobre Trabajo Social. Instituto Nacional de Atención a la Niñez Memoria México, 1974 p. 16
4. Dirección General de Salud Pública en el D.F. Secretaría de Salubridad, Plan de Atención Primaria en Areas Marginadas, México 1979 p. 10
5. Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia Marginalidad y Población Marginal, conceptos anexo # 2, México 1980, p. 4
6. Ibid. p.6

C A P I T U L O I I

CONTEXTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL .

2.1 Proceso Metodológico del Estudio de Comunidad

Para detectar y dar a conocer los problemas y necesidades que sufre una comunidad, con el fin de planear medidas tendientes a la solución o mejoramiento de tales problemas, fue indispensable realizar un estudio detallado del área en cuestión; en este caso, el estudio integral del área marginada denominada "Barrio Norte". Con una cobertura de 500 familias y una población de 2,618 habitantes.

Esto permitió detectar los problemas más urgentes que presentaba esta comunidad, principalmente los referentes al saneamiento ambiental y de esta manera se preparó el terreno para el desarrollo del programa de saneamiento ambiental señalado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia basado en el proceso metodológico denominado método de organización y desarrollo de la comunidad, abarcando los aspectos de investigación diagnóstico planificación de la acción, ejecución del plan y evaluación.

La información que se presenta en este estudio de comunidad de la colonia "Barrio Norte" fue obtenida personalmente mediante versiones orales, documentos anónimos, encuestas, entrevistas, etc.

Esta investigación preliminar comprendió como núcleo metodológico, cuatro aspectos principales: "Observación, Lectura de Mapas, Consulta de la Documentación y Entrevistas.

Además de lo mencionado, se contó con la información obtenida en el centro de asistencia social en la delegación política de Alvaro Obregón, departamento de estadística; centro de salud Márquez Escobedo, así como la colaboración de los líderes naturales, jefe de colonia y jefes de manzana de la localidad.

La secuencia del proceso metodológico utilizado se resume en los siguientes puntos:

- Observación- Para la elaboración del estudio fue necesario en primer lugar, situarse en el área y observar las características más sobresalientes a primera vista, tales como: Área geográfica tipo de vivienda, tipo de gente, tipo de vestuario, servicios predominantes, comercios, etc.

- Recorrido del área.- Se realizó el recorrido del área para conocer de cerca las características geográficas del terreno, límites geográficos y colindancias, conocer la extensión territorial, vías de acceso a la comunidad, principales sitios de reunión y establecer puntos de referencia para la elaboración del croquis.

- Elaboración de croquis.- El croquis fue instrumento de trabajo inicial indispensable para cualquier estudio de comunidad. Su elaboración requirió del conocimiento previo de los pasos secuenciales para la obtención de tan importante instrumento; tales como: selección de un punto de referencia, orientación geográfica en base a los puntos cardinales, trazo de las principales calles y vías de acceso, trazo de manzanas y resto de las calles, callejones y veredas, ordenamiento y numeración de manzanas en base a la técnica de las manecillas del reloj, localización y ordenamiento de casas por manzana, utilizando también la técnica de las manecillas del reloj, utilización de la simbología aceptada para este tipo de trabajos; finalmente, el conocimiento de la utilización y funcionalidad de este valioso instrumento en el desarrollo de las actividades en la comunidad.

- Identificación de líderes formales e informales.- La

identificación de los líderes en la comunidad "Barrio Norte" fue determinante para elaborar el trabajo; ya que esto permitió obtener la información necesaria, desarrollar actividades y transitar libremente por la comunidad.

- Entrevista con líderes formales e informales.- Una vez identificados los líderes, se procedió a la entrevista directa tanto con los líderes formales, tales como: autoridades delegacionales, Presidente de colonia, Jefes de manzana, Sacerdotes, Maestros, etc. Con líderes informales, como: ancianos, comerciantes, estudiantes, amas de casa y toda aquella persona que tuviera cierta influencia sobre un grupo de individuos.

- Conocimiento y aplicación de encuestas y formatos de concentrado de información.- Dentro del Programa General de Atención Primaria de la Salud en Areas Marginadas se contempló el diseño de encuestas y formatos para concentrado de información, los cuales fueron proporcionados por la Secretaria de Salubridad y Asistencia, cuya estructura y manejo se dio a conocer en el curso de adiestramiento inicial.

- Técnica de la entrevista en comunidad.- La entrevista directa a los integrantes de las familias residentes en la

comunidad fue la técnica más empleada y veraz para obtener la información de la situación real en que dichas familias vivían.

- Recopilación de datos, concentrado de información, elaboración de cuadros, gráficas y elaboración del informe final.- Posterior a la aplicación de la encuesta se procedió al concentrado de la información obtenida y a la elaboración de cuadros y gráficas que mostraron de manera numérica y objetiva la situación general de la comunidad "Barrio Norte".

- Identificación de los principales problemas de salud.- Terminado el estudio de comunidad, tuvimos los elementos necesarios para identificar los principales problemas de salud que presentaba la comunidad "Barrio Norte" y en base a ello, estructurar el plan de acción para la aplicación del citado programa de Atención Primaria de la Salud.

- Identificación de los principales problemas de saneamiento ambiental.- Para los fines del presente trabajo, fue primordial la identificación de problemas de saneamiento ambiental de la comunidad en estudio, ya que esto permitió desarrollar actividades concretas, dirigidas a reducir las causas de morbi-mortalidad que tienen su origen en las

deficientes condiciones del saneamiento básico de una comunidad marginada del Distrito Federal, como lo es "Barrio Norte".

2.2 Estudio de Comunidad Barrio Norte

Para conocer los problemas y necesidades que sufría la comunidad Barrio Norte, fue indispensable realizar un diagnóstico situacional de la colonia, la cual nos permitió detectar y analizar los problemas más urgentes que presentaba en ese momento, principalmente lo referente a saneamiento ambiental.

2.2.1 Antecedentes Históricos y Características Geográficas.

Al realizar la investigación sobre los antecedentes históricos de la colonia denominada "Barrio Norte" se encontró variabilidad en cuanto a datos escritos y versiones locales; sin embargo, se lograron integrar dos versiones:

La primera versión refiere que antiguamente existía en este sitio un sin número de minas de arena que pertenecían a unos señores llamados Quintana, los cuales fallecieron quedando como propietarios el mayordomo y su esposa, los cuales servían a dichos señores. Se menciona también que debido a la falta de

recursos económicos de estos segundos propietarios para solventar los impuestos de tenencia de la tierra, tuvieron que deshacerse de ésta. Posteriormente, los terrenos fueron invadidos por paracaidistas de las colonias circunvecinas, tales como Olivar del Conde, Santa Fè, Observatorio, Tacubaya; así como de algunos estados de la República, debido a los familiares de los primeros habitantes.

La segunda historia, relata que en este sitio existía una extensión enorme de alfalfares, los cuales fueron invadidos por un grupo de familias.

La colonia "Barrio Norte" originalmente fue fundada por gente procedente de la provincia, que llegó a ocupar esa región en calidad de "paracaidistas" desde 1938 (versión local). En el año de 1953, se dice que la cantidad de habitantes que entonces ya presentaba la colonia empezaba a generar una serie de movimientos por la legalización y tenencia de su casa-habitación, y por la dotación de servicios. El nombre de "Barrio Norte" fue designado por la profesora Zamora, diputada en aquel entonces en la colonia Olivar del Conde, quien la designó así por encontrarse dentro de la Delegación Alvaro Obregón; además, por estar ubicada al norte de la colonia Olivar del Conde. Fue hasta el 14 de Agosto de 1970, cuando

apareció publicado en el Diario Oficial la expropiación que de ella hizo el Departamento del Distrito Federal.

A pesar de la escasa información que se logró obtener sobre los antecedentes históricos de la colonia "Barrio Norte", se puede apreciar que su historia era semejante a las Areas marginadas de la ciudad de México.

Localización.

La colonia "Barrio Norte" se encuentra ubicada dentro de la Delegación Alvaro obregón y al oriente la ciudad de México.

Límites

"Barrio Norte" colinda al norte (calle de la Presa) con las colonias Butacas, Las Golondrinas y Santa Fé; al sur (Calle Padre Hidalgo) con las colonias Olivar del Conde, Alfonso XIII y Unidad Plateros; al occidente con el Anillo Periférico y Mixcoac; al oriente con las colonias Piloto, Presidentes, Jalalpa Y Santa Fé de los Altos. (ver croquis).

Extensión.

La extensión de su territorio es de 1Km, se dice por voceros de la colonia, que anteriormente los límites y la extensión de la colonia, eran más grandes, ya que abarcaba parte de las colonias; Las Golondrinas, Lomas de Capula, Molino del Rey y

otras pequeñas colonias que colindaban con "Barrio Norte".

Orografía.

La colonia se encuentra en las estribaciones de la sierra de las Cruces, una de las cuatro que conforman la cuenca del Valle de México. En esta colonia existe el peligro latente de deslaves y derrumbes por la calidad de suelo, ya que existen muchas minas de arena y declives (barrancas), tomando en cuenta que en ellas o sobre las mismas, la gente construye sus casas.

Geología.

La zona se caracterizaba por estar formada de cenizas volcánicas las cuales provenían del volcán Nevado de Toluca.

Se encontró minas de arena de donde se extraía grava y arena para la construcción. Las posibilidades de agua subterránea eran escasas debido a la alta permeabilidad del material.

Hidrografía

La colonia se caracterizaba por extenderse a lo largo del río de la Piedad, aproximadamente en una longitud de medio kilómetro. Contaba al extremo norte con una pequeña presa de media hectárea. Tanto el río como la presa eran receptores de

los desperdicios y desechos químicos y materiales de las fábricas de cemento que existía en la región.

2.2.2 Aspectos Socio Económicos

La comunidad de "Barrio Norte" muestra un tipo de sociedad muy compleja y sin estratos sociales bien definidos; sin embargo, un 90% de sus habitantes podrían ubicarse dentro del estrato social bajo, en relación al resto de la población del Distrito Federal y sólo un 10% correspondería a la clase media.

En forma general, la gente se comportaba como un grupo social heterogéneo, con rasgos, características, costumbres y conciencia social diferentes, que a través de varios años de convivencia se lograba integrar ideales y propósitos comunes que redundaban en la unidad social, para más tarde abandonar la condición de marginados y llegar a formar una colonia plenamente urbanizada y socialmente aceptada.

La forma de agrupamiento que se observó dentro de la colonia es compacto, a través de manzanas de forma irregular.

Organismos oficiales y privados.

Los organismos oficiales existentes en la colonia fueron:

- Mesa directiva de la subdelegación de "Barrio Norte"
- Junta de colonos de la subdelegación de "Barrio Norte"
- Mesa directiva del XVII Distrito del Partido Revolucionario Institucional.

Demografía.

La colonia Barrio Norte contaba una población total aproximada de 18,000 habitantes en 1980, distribuida en aproximadamente 4,000 familias. De esta población se tomaron 500 familias las cuales representaban una población de 2,618 habitantes con las cuales se desarrollarían las actividades de programa de salud; El promedio de miembros por familia era de 5.2.

A continuación se expone la distribución de la población por grupos de edad y sexo.

Grupo de edad (años cumplidos)	S e x o		T o t a l
	Masculino	Femenino	
- 1	32	38	70
1 - 4	129	134	263
5 - 9	188	205	393
10 - 14	210	182	392
15 - 19	162	183	345
20 - 24	142	141	283
25 - 29	114	118	232
30 - 34	55	58	113
35 - 39	63	64	127
40 - 44	51	57	108
45 - 49	49	39	88
50 - 54	41	34	75
55 - 59	21	22	43
60 - 64	17	16	33
65 - 69	6	12	18
70 y más	15	20	35
Total	1295	1323	2618

FUENTE.- Expediente Familiar

Líderes naturales y formales.

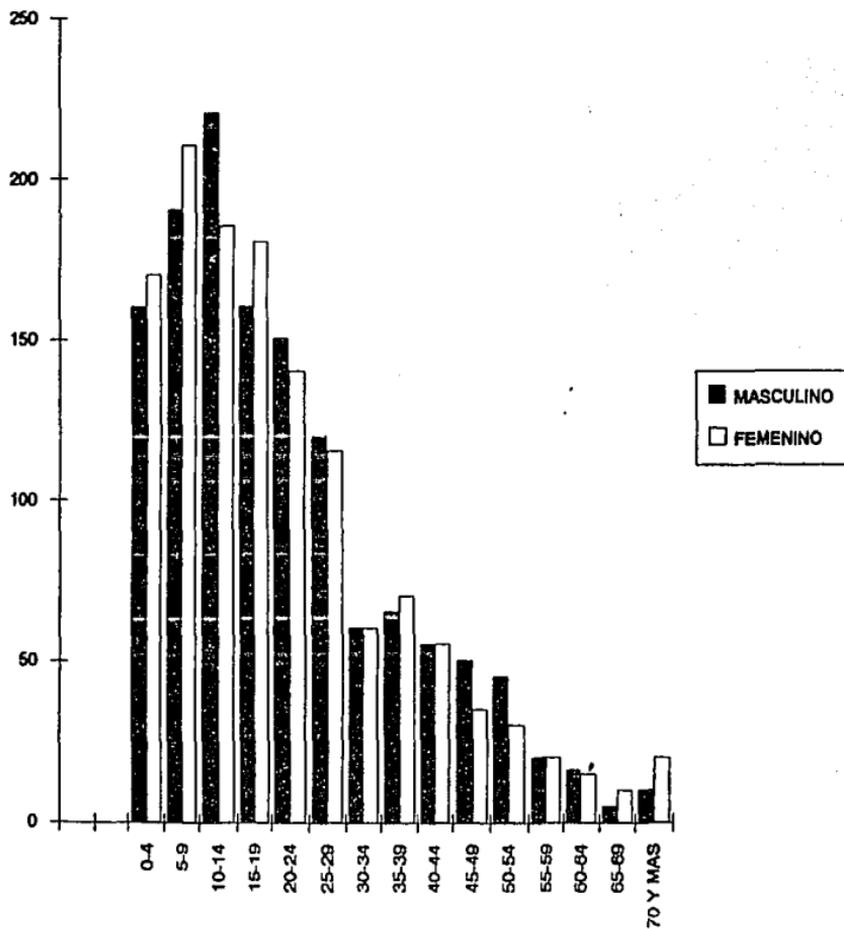
Los organismos oficiales y privados estaban formados de la siguiente manera.

- Un subdelegado
- Un presidente
- Un tesorero
- Tres vocales

Grupos Organizados.

Los grupos organizados que se detectaron fueron: Grupo

ESTRUCTURA DE LA POBLACION CUBIERTA POR EL MODULO 1981



juvenil, el cual se reunía cada semana en la iglesia de la colonia. Existían algunos grupos informales que se reunían esporádicamente para realizar actividades de tipo deportivo recreativo, pero que no eran considerados como grupos organizados ni permanentes.

Los centros de reunión que se detectaron durante la elaboración de este estudio fueron:

Iglesia.- De Santa Catalina, ubicada en la calle Florida # 9, un centro de reunión religioso y social.

Subdelegación.- Ubicada en calle Florida # 116 y corresponde a un centro de reunión de tipo político. Cabe aclarar que en este mismo lugar el presidente de la colonia nos proporcionó su apoyo para instalar el centro comunitario de salud tipo I.

Un mercado.

Una terminal de autobuses urbanos.

Una escuela primaria ubicada en Av. Benito Juárez # 118.

Un centro del desarrollo integral familiar (D.I.F)

Problemas sociales.

La sociedad de la colonia "Barrio Norte", siendo un área marginada padecía los mismos problemas sociales que cualquier

otra colonia de este tipo; es decir, que por las características de la gente que en ella habita con escasos recursos económicos, deficiente preparación, cultura diversa, costumbres muy arraigados y machismo claramente marcado, presentaba problemas graves de tipo social, tales como: alcoholismo, drogadicción, prostitución, delincuencia, pandillerismo y pobreza principalmente; cuya solución no se ha logrado debido a otro gran problema también de tipo social: la desorganización y falta de unión de los integrantes de la sociedad de la colonia "Barrio Norte".

La economía de la colonia "Barrio Norte" se encontró sumamente limitada, ya que carece de recursos naturales y medios de producción.

Mediante la observación directa y las entrevistas realizadas en la propia comunidad, se pudo determinar lo siguiente:
Agricultura, ganadería y artesanía.- No existía dentro de la comunidad.

Pequeña Industria.- No existía pero se detectó una fábrica de cemento en las cercanías de la colonia.

Por otra parte se observó también la existencia de:

- Cinco panaderías.

- Cuatro carnicerías.
- Cuatro papelerías.
- Dos tlapalerías.
- Cuatro tortillerías.
- Veinte tiendas de abarrotes.
- Dos paleterías.
- Diez puestos de frutas y verduras.
- Diez puestos de dulces ambulantes.
- Seis puestos de tacos.
- Cuatro pulquerías.
- Dos carpinterías.

Sin embargo, la mayoría de los habitantes de esta comunidad trabajaban fuera de ésta, predominando su lugar de trabajo en las colonias circunvecinas.

Tenencia de la tierra.

Respecto a este punto, la situación de la colonia fue sumamente problemática, debido a que, como se describió en los antecedentes históricos, ésta se formó de paracaidistas; por lo que legalmente no tienen ningún respaldo y esto a la vez repercutía en la forma de vida, en cuanto a la carencia de servicios públicos y carencia de escuelas

Actividades y ocupaciones principales.

Existía dentro de la comunidad un gran número de grupos ocupacionales (empleados, obreros, comerciantes, etc).

Por otra parte, fue necesario señalar que el desempleo era evidente, puesto que en trabajos bien remunerados solamente aceptan a gente con un determinado número de créditos o mínimo de estudios primarios o secundarios, cosa que en una población marginada sus moradores carecen de esta mínima preparación.

		OCUPACION E INGRESO					
		CONDICION		EN EL EMPLEO			
N U M .	OCUPACION	EVENTUAL		PERMANENTE		S U M A	
		NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
1	Obrero	88	27	143	32	231	30
2	Empleada	43	13	121	27	164	21
3	Comerciante	35	11	40	9	75	10
4	Chofer	25	8	43	10	68	9
5	Doméstica	32	10	13	3	45	6
6	Mecánica	21	6	20	5	41	5
7	Albañil	23	7	4	1	27	4
8	Pintor	19	6	4	1	23	3
9	Carpintero	10	3	2	1	12	2
10	Costurera	3	1	6	1	9	1
	TODAS LAS DEMAS	25	8	45	10	70	9
T O T A L:		324	100	441	100	765	100

FUENTE: Expediente familiar

Presupuesto familiar

El ingreso mensual era menor al salario mínimo, esto traía como consecuencia que la aportación al gasto familiar fuera mínima y por consiguiente, repercutiera en el campo de la alimentación, educación, bienestar social y familiar. Por otra parte, es de tomarse en cuenta que el 50% de las actividades y ocupaciones mencionadas son eventuales; es decir, que la economía de la familia marginada estaba sostenida por bases débiles e inestables, que en cualquier momento podían derribarse y desequilibrar grandemente la economía familiar y social y por consiguiente, eran causa de desesperanza, odio, incormformidad y rebelión de sus habitantes en contra de los que viven fuera de sus comunidad.

Si a todo esto aunamos que las familias de la colonia eran numerosas, y que el gasto familiar era mucho mayor que el ingreso, todo ello ocasionó y explicó las deprimentes condiciones en que se encontraban sus viviendas, el vestido, la higiene , la alimentación y su salud.

GRUPO DE INGRESOS	NUMERO DE FAMILIAS
- Perciben menos del salario mínimo regional	66
- Perciben el salario mínimo regional	172
- Perciben entre el salario mínimo y 2 veces el salario mínimo regional	158
- Perciben más de 2 veces el salario mínimo regional	106

FUENTE: Expediente familiar

2.2.3 Vivienda e interacción familiar

Las condiciones de la vivienda de una familia o toda una comunidad en conjunto reflejaban claramente las condiciones tanto económicas como culturales y educacionales de dicha comunidad; en este caso, la vivienda es una muestra más palpable de la devaluación del trabajador. Por ejemplo, se ve que en la colonia predominan las construcciones a base de tabique ligero, desperdicios de mampostería, láminas de cartón, en el caso de paredes, y los techos son de lámina de cartón o de asbesto y en casos críticos son de cartón o plásticos. También se utilizaban como muros en algunas casas las cuevas que antes eran minas de arena. Piso de cemento y

tierra.

Interacción familiar.

La interacción familiar en la colonia "Barrio Norte" se regía por los patrones generales de la sociedad, es decir, que el padre es la cabeza de la familia y tiene una autoridad superior a la del resto de la familia; en segundo lugar se encontraba la autoridad materna. Se observó también que la autoridad de los hijos se relegaba de acuerdo a las edades, puesto que el hijo mayor tenía autoridad sobre sus hermanos menores y así sucesivamente.

Se observó que la relación intrafamiliar es hasta cierto punto positiva y unida, salvo aquellos hogares en donde existen problemas graves del alcoholismo, drogadicción, prostitución o delincuencia, lo cual desequilibra la armonía familiar.

La comunicación entre padres e hijos era escasa, sobre todo entre el padre y los hijos, ya que existía más confianza y comunicación de éstos con la madre.

Uno de los problemas más graves que se observó desde el punto de vista de la desintegración familiar fue el machismo, puesto que hay hombres que tenían varias "mujeres", y por tanto,

varias familias a quien mantener, lo que repercutía en el presupuesto e integración familiar de todos aquellos que dependían de esa persona.

2.2.4 Cultura Médica

Alimentación

Los hábitos alimenticios que presentó la población de esta colonia fueron irregulares y carentes de una buena información en relación a la obtención, conservación, manejo y consumo de dichos alimentos; además, carecían también de información básica respecto a la calidad de tales alimentos para obtener una mejor alimentación y nutrición, puesto que en la mayor parte de los casos su alimentación estaba basada en carbohidratos y lípidos, siendo mínima en proteínas, minerales y vitaminas. Por otra parte es conveniente señalar también, que no existía un horario preestablecido para las comidas que se realizaban durante el día.

Aceptación de la atención médica.

Dentro de la colonia, se pudo observar que un gran porcentaje de la población tenía aceptación por los servicios médicos.

Curanderismo.-

Dentro de la comunidad "Barrio Norte" se detectó solamente la presencia de una persona que se dedicaba al espiritualismo y otra que se denomina "curahuesos".

En el caso de "especialistas populares existía un "huesero quiropráctico", cuyo establecimiento se encontraba cerca de la terminal de autobuses.

Las actitudes que la comunidad guarda hacia la fecundidad eran evidentemente semejantes a las observadas en la generalidad del país y de los sistemas económicos y culturales dependientes.

Aún prevalece una concepción mágica respecto a la gestación, como la de encomendarlo, antes del nacimiento, a tal o cual santo.

Lo mismo se observó respecto a la alimentación en el período de la gestación, en donde existían recetas dietéticas especiales para un mejor desarrollo, tales como no comer nopales, no tomar café, tomar mucho atole, etc.

Es importante señalar que en muchas familias, especialmente el padre, consideraba que tenían una ventaja al procrear una

familia numerosa, ya que en determinado momento sus hijos estaban en posibilidades de trabajar y aportar ingresos económicos al consumo familiar. También se observó que por cuestiones y mecanismos psicológicos muchas mujeres se dejan embarazar para retener al marido.

Recursos para la salud.

Parteras.

Se tuvo noticia de la existencia de una partera empírica, pero no se contó con información precisa acerca de ella.

Servicios médicos particulares.

Consultorios médicos.- Existían dos dentro de la comunidad.

Clinicas. El consultorio mencionado anteriormente funcionaba también como clínica, atendiendo partos y pequeñas cirugías.

Hospitales.- No existía dentro de la comunidad.

Servicios Médicos Institucionales.

Un centro de Salud Tipo I. En el cual trabajábamos el equipo multidisciplinario, médico, enfermera y Trabajadora Social. El cual brindaba atención médica en forma gratuita, contando con los servicios de consulta externa medicina familiar general, planificación familiar, atención materno-infantil, vacunación permanente, curaciones, enfermería y Trabajo Social.

Tambièn fuera de la comunidad se encontraba ubicado el Centro de Salud "Doctor Márquez Escobedo" de la S.S.A. del cual dependía el equipo de salud. La gente que acudía a ese centro hacía un desembolso de 10 pesos por consulta.

Farmacias.

Dentro de la colonia se contaba con dos farmacias. Ambas cerraban sus puertas hasta las 21:00 hrs.

RECURSOS PARA LA SALUD	NUMERO
Clinicas	1
Médicos	4
Laboratorios clinicos	1
Gabinete de rayos "X"	1
Enfermeras	4
Farmacias	6
Curanderos	1
Parteras	1

FUENTE: Encuesta directa

Nivel de escolaridad

A través de encuestas realizadas, se encontró que el grado de escolaridad correspondió en forma general a la educación primaria, incluyendo aquí a la población que en ese momento cursaba algún grado de este nivel.

N I V E L E S C O L A R	H A B I T A N T E S
Sin grado escolar (analfabetos)	146
Sin grado escolar, pero saben leer y escribir	83
! Menos de 3 años cursados	245
Primaria ! 3 a 5 años cursados	449
! t e r m i n a d a	517
Secundaria o equivalente	321
Preparatoria o equivalente	67
Normal	9
Técnica	47
Especial	4
Profesional	35

FUENTE: Expediente familiar

2.2.5 Principales problemas de salud.

Los problemas de salud que presenta cualquier comunidad están en función directa de las características del saneamiento ambiental que prevalezca; o sea, que si una comunidad carece de agua potable, drenaje, viviendas adecuadas, servicio de limpia, educación y promoción para la salud, etc., es imposible que exista un equilibrio del estado de salud tanto

individual como de la comunidad en conjunto.

Así pues en los siguientes párrafos se dará un panorama general de los principales problemas de salud de la comunidad "Barrio Norte", haciendo énfasis en las graves deficiencias que en el campo del saneamiento ambiental presentó esta comunidad y que fueron los factores predisponentes y determinantes de tales problemas de salud.

10 PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 1980 - 1982	
NUMERO PATOLOGIA	NO. CASOS
1 Rinofaringitis	603
2 Gastroenteritis	549
3 Faringoamigdalitis	447
4 Amibiasis Intestinal	306
5 Parasitosis	285
6 Escabiasis	63
7 Hepatitis Viral	45
8 Parotiditis	30
9 Salmonelosis	23
10 Varicela	21

FUENTE: Expediente familiar

10 PRINCIPALES ENFERMEDADES CRONICAS 1980 - 1982	
NUMERO PATOLOGIA	NO. CASOS
1 Hipertensi3n Arterial	288
2 Diabetes Mellitus	225
3 Desnutrici3n	183
4 Pielonefritis	93
5 Dermatitis Inespecifica	78
6 Gastritis	75
7 Anemia	66
8 Traumatismos y Fracturas	51
9 Enfermedades Reumáticas	45
10 Cirrosis Hepática	42

FUENTE: Expediente familiar

2.2.6 Principales problemas de saneamiento ambiental

En términos generales se puede afirmar que la comunidad carecía de la mayor parte de los servicios públicos mínimos, que brindarían bienestar a sus habitantes.

Carecía de red de distribución de agua potable, de un sistema adecuado de eliminación de excretas y basura; las viviendas

eran en su mayoría inadecuadas y mal construidas, existiendo además el problema de hacinamiento y promiscuidad. Era evidente además, la presencia de fauna nociva ocasionada principalmente por la gran cantidad de basureros públicos y la presencia del río de aguas negras que atraviesa la comunidad, ya que este es el depósito predilecto de basura, desechos, orgánicos, excretas, animales muertos y desperdicios industriales de las fábricas ubicadas fuera de la comunidad.

Es importante mencionar también la grave contaminación del aire que se respiraba en la colonia, puesto que existían malos olores producto de la descomposición de los desechos orgánicos, gran cantidad de polvo, muy probablemente contaminado por heces fecales debido a la falta de pavimentación y al fecalismo al aire libre. Por último, existía la probabilidad de contaminación del aire por residuos químicos flótables despedidos por las fábricas de concretos y materiales para la construcción instaladas en las afueras de la comunidad.

Agua

El agua en la comunidad, en la generalidad de los casos, era abastecida por conducto de las tomas que existían sobre la avenida principal; algunas familias que vivían sobre esta

avenida contaban con agua intradomiciliaria; sin embargo, eran contadas.

Supuestamente el agua que se consumía estaba potabilizada, aunque frecuentemente se detectaban altos índices de enfermedades gastrointestinales. Respecto a su utilización, se jerarquiza de la siguiente manera: alimentación, lavado de ropa, lavado de trastos y dominicalmente, para el aseo personal. No existe en las familias procedimientos de potabilización del agua. Existían familias que llegaron a utilizar el agua del "río" para lavar, con el peligro latente de adquirir alguna enfermedad infecciosa.

A través de una encuesta realizada al azar a 500 familias se obtuvieron los siguientes datos: el tipo de abastecimiento de agua es a través del sistema de agua potable. Se encontró que el 56% de las familias encuestadas tenían agua intradomiciliaria; el 4% fuera de sus domicilios, y el 40% la obtenían mediante los hidrantes públicos. Estos datos se concretaron exclusivamente a las familias que al azar entraron en la encuesta realizada en el área de trabajo que correspondió al centro comunitario de salud "Barrio Norte", y por tanto, los porcentajes pueden variar respecto al total de la población. Es importante mencionar un punto que aunque no

corresponde directamente al tema, es determinante en muchos casos para la introducción de la red de agua potable en la colonia; esto es, la tenencia de la tierra, puesto que decían los mismos habitantes que por falta de la reglamentación de la propiedad de los predios en que vivían no realizaban los trámites ni apoyaban el proyecto de la introducción del agua intradomiciliaria porque mediante este papeleo existía el peligro de perder su lote.

Por lo que respecta a la potabilidad del agua, se observó que debido a la forma de abastecimiento era potable dicho servicio, pero debido a la forma de almacenamiento y distribución, y en los casos del hidrante público, los riesgos de contaminación eran muy elevados.

Disponibilidad de agua.-

TIPO DE ABASTECIMIENTO	No. Fam.	%
Agua entubada:		
- Dentro de la vivienda	280	56
- Fuera de la vivienda	20	4
- Hidrante Público	200	40
Total	500	100

FUENTE.- Expediente familiar

Eliminación de excretas y basura

Al llegar a la comunidad "Barrio Norte", se percibió de inmediato la manera en que se daba la eliminación de excretas y basura, puesto que estaba a simple vista. Este problema de la no existencia de drenaje profundo en la colonia tenía consecuencias graves, ya que en este caso dicha eliminación se hacía en forma aeróbica, es decir, a la intemperie.

Por ejemplo, debido a la topografía de la colonia las casas se encontraban hacinadas en la cuesta de la colina, lo que generaba que la eliminación de excretas fuera a dar de casa en casa, siendo entonces las casas de abajo las que mayormente recibían las excretas y los focos de contaminación, que se venía incrementando por la presencia del río.

No existía ningún programa de construcción de letrinas o fosas de manufactura casera. Al bajar por los callejones de la comunidad rumbo al río se encontraban basureros y acúmulos de excremento de las casas de arriba. En época de lluvias el problema se agudizaba, porque existía una mayor probabilidad de contaminación y de contraer enfermedades infecciosas, ya que el tipo de suelo no permitía la absorción de excretas, sino que las encharcaba. Por otra parte, en épocas de calor el incremento de casos se presentaba por razones de alteraciones

funcionales en las vías respiratorias y obviamente también en enfermedades epidémicas y gastrointestinales. Además, todos los residuos orgánicos paraban también a unos cuantos metros de las casas ubicadas en las partes bajas de la colonia.

Disposición de Excretas

! TIPO DE ELIMINACION	! No. Fam.	! %	!
! Sobre el suelo	! 30	! 6	!
! Fosa Séptica	! 90	! 18	!
! Letrina	! 40	! 8	!
! Drenaje / Alcantarillado	! 340	! 68	!
! Total	! 500	! 100	!

FUENTE.- Expediente familiar

Disposición de Basura

! TIPO DE ELIMINACION	! No. Fam.	! %	!
! Camión recolector	! 75	! 15	!
! Tiradero a Cielo Abierto	! 425	! 85	!
! Total	! 500	! 100	!

FUENTE.- Expediente familiar

Vivienda

Como ya se mencionó en un apartado anterior, aproximadamente un 78% de las casas habitación eran solas; un 12% eran cuartos

de vecindades; un 4% correspondía a tugurios; un 4% a casas improvisadas, y un 2% eran departamentos. De estas viviendas, el 48% eran de un sólo cuarto; el 36% eran de dos cuartos; el 14% eran de tres cuartos, y únicamente el 2% tenía más de tres cuartos.

El material utilizado para la construcción de tales viviendas era de tabique o block y un 2% de adobe; sin embargo, el tipo de construcción era muchas veces inadecuado y se utilizaban materiales de mala calidad o desperdicios materiales (láminas, cartón, plástico, etc.). En cuanto a los pisos, se encontró que el 92% de las viviendas contaban con piso de cemento u otro material impermeable; el 8% restantes contaba con piso de tierra. Los techos en un 60% eran de lámina de asbesto; el 30% de lámina de cartón y otros materiales y el 10% restante eran de concreto (loza). En cuanto a ventilación e iluminación, se observó que el tipo de construcción predominante carecía de planeación adecuada que proporcionara ventilación e iluminación suficiente a las viviendas, ya que en su mayor parte, los cuartos contaban sólo con una puerta y en algunos casos, puerta y una pequeña ventana.

Vivienda

Material Predominante		No Fam	%
Piso	Tierra	40	8
	Concreto	460	92
Total		500	100

FUENTE.- Expediente familiar

Material Predominante		No Fam	%
Muros	Tabique	460	92
	Adobe	10	2
	Madera	20	4
	Cartón	10	2
Total		500	100

FUENTE.- Expediente familiar

Material Predominante		No Fam	%
Techo	Concreto	50	10
	Teja	20	4
	Lámina	300	60
	Cartón	130	26
Total		500	100

FUENTE.- Expediente familiar

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Hacinamiento y promiscuidad

Haciendo una relación entre el número de cuartos por casa-habitación y el número de miembros de cada familia se encontró el grave problema del hacinamiento, puesto que el 40% de las familias contaban de 7 a 9 miembros y el 48% de las viviendas contaban con un sólo cuarto; el 40% de las familias contaban de 4 a 6 miembros y el 36% de las viviendas contaban con dos cuartos; el 15% de las familias eran de 1 a 3 miembros y el 14% de las viviendas son de tres cuartos, etc.

Además del grave problema del hacinamiento, se encontró aunado el de promiscuidad; es decir, la convivencia con animales.

! Tipo de Vivienda	! No Fam	! %	!
! - Casa sola	! 390	! 78	!
! - Cuarto de vecindad	! 60	! 12	!
! - Casa improvisada	! 20	! 4	!
! - Tugurio	! 20	! 4	!
! - Departamento	! 10	! 2	!
! Total	! 500	! 100	!

FUENTE.- Expediente familiar

! No. de Cuartos por vivienda	! No Fam	! %	!
! Uno	! 240	! 48	!
! Dos	! 180	! 36	!
! Tres y más	! 80	! 16	!
! Total	! 500	! 100	!

FUENTE.- Expediente familiar

No. de Habitantes por Vivienda	No Fam	%
1 a 3	75	15
4 a 6	200	40
7 a 9	200	40
10 y más	25	5
Total	500	100

FUENTE.- Expediente familiar

Fauna nociva

Debido a la gran cantidad de basureros públicos, falta de drenaje, fecalismo al aire libre, falta de agua y presencia del río de aguas negras, existían plagas de moscas, cucarachas, arácnidos y roedores (ratas).

Tipo de Fauna Nociva	No Fam	%
Perros	430	86
Roedores	375	75
Insectos	455	91

FUENTE.- Expediente familiar

Nutrición

Se encontró en la comunidad una realidad que no está aislada del contexto general del país y de los demás pueblos del mundo denominados "subdesarrollados" en el aspecto nutricional. En "Barrio Norte" la dieta alimenticia estaba conformada

básicamente de pastas, legumbres, productos de harina de maíz, café y muy escasamente carne, leche y huevo.

Predominaba una dieta con dependencia cultural, en donde lo importante es "llenarse" más que nutrirse adecuadamente. Es decir que su alimentación básica eran sopas de pastas, tortillas y frijoles.

El consumo de pescado y mariscos tenían aspectos excepcionales en la dieta, ya que existía cierta predisposición para comerlos. Los productos de manufactura industrial ocupan el rango mayor de consumo, por ejemplo, refrescos, pan de caja, conservas, etc., lo cual habla de una alimentación chatarra, transnacional y transcultural, en donde el valor nutritivo de los productos se mide por la demanda, mas no por la calidad.

Higiene de los alimentos	No Fam	%
Preparación	150	30
Consumo	150	30
Conservación	200	40

FUENTE.- Expediente familiar

Drogadicción y alcoholismo

La drogadicción era un problema muy arraigado y con una larga

historia dentro de la comunidad; se supo que un alto porcentaje de jóvenes eran adictos a un tipo de droga, especialmente marihuana y thiner. Se supo también que dentro de la propia comunidad existían "enganchadores" y "distribuidores" de marihuana; también se encontró que la drogadicción no sólo afectaba al sexo masculino, sino que existió un porcentaje no cuantificado aún de adolescentes y jóvenes de sexo femenino que fueron inducidas e involucradas, tanto en el consumo como en la distribución de drogas. En 1978-79 existió un grupo dedicado a la tarea de detectar y combatir el consumo de drogas en "Barrio Norte", pero sus esfuerzos fueron inútiles y optaron por retirarse del lugar. Por otra parte, el problema del alcoholismo se suma al anterior, pero éste con mayores proporciones y consecuencias.

Aproximadamente el 70% de la población masculina ingiere bebidas alcohólicas desde los 13 ó 14 años de edad; en tanto que la población femenina se ve afectada por este problema en un 30% aproximadamente. Es importante señalar que en la colonia existían diversos expendios de pulque, vinos y licores, lo cual contribuyó y fomentó el alcoholismo de la comunidad.

En el centro comunitario de salud existía un grupo de alcohólicos anónimos.

C A P I T U L O I I I

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.

3.1 Metodología Empleada en el Programa de Saneamiento Ambiental

El proceso metodológico, que se llevó a cabo para el desarrollo de la comunidad, no fue sencillo tomando en cuenta lo difícil de sensibilizar, educar, motivar y organizar la población para integrarla al ejercicio de sus derechos y obligaciones en la conservación y fomento de la salud.

Los pasos a seguir para la realización educativa fueron:

Conocer primero las necesidades de la población, apoyadas por el diagnóstico de salud mediante:

- La observación.
- Entrevistas a Líderes.
- Estudio de la comunidad.
- Orientaciones.
- Educación para la salud.

Las actividades que a continuación se mencionan, fueron desarrolladas en el transcurso de 3 años, aquí se detalla

Ampliamente como se llevó a cabo el trabajo con las familias y la comunidad a fin de lograr su confianza y sensibilización para su propio beneficio.

- Pláticas educativas.

A fin de sensibilizar a la población en relación a los problemas de salud que ocasiona el deficiente saneamiento del ambiente, en los distintos aspectos que se plantean en el capítulo de objetivos, el Trabajador Social organizó varios ciclos de pláticas educativas sujetas a estricto calendario, a los siguientes grupos organizados:

- A niños y padres de familia en las escuelas.
- A población general en diferentes lugares clave de la comunidad.
- Visitas domiciliarias.

Se realizaron las siguientes acciones en relación a la promoción del saneamiento ambiental:

- Entrevistas a jefes de familia:

Para informarles en qué forma las malas condiciones del ambiente, influyen desfavorablemente sobre la salud.

Motivación a las familias a fin de que con sus propios medios

y recursos, humanos y materiales realizaran pequeñas obras de mejoramiento de la casa-habitación, en especial lo que se refiere a paredes, ventilación, techos, pisos, distribución de la casa-habitación, convivencia con animales, pintura de fachada e interiores, etc.

Asesoramiento a las familias a fin de que con sus propios recursos construyeran sistemas caseros de eliminación de la basura y realizaran la desinfección domiciliaria del agua de consumo.

Asesoramiento a la familia a fin de que con sus propios recursos construyan letrinas sanitarias, y se evite el fecalismo al aire libre.

Para recomendar a la familia el aseo de la casa habitación o ya sea el uso de insecticidas en la eliminación de parásitos.

Para recomendar el lavado de las manos, principalmente al salir del excusado y antes de manejar o consumir los alimentos.

Para recomendar la necesidad del baño.

Para recomendar la conservación y el manejo adecuado de los alimentos y prescribir el consumo de aquellos de dudosa

procedencia.

Para apoyar la labor educativa domiciliaria, terminada la entrevista se entregaba a la familia un mensaje escrito, alusivo en forma de volante o folleto.

Las acciones educativas anteriormente descritas fueron realizadas durante las visitas a cada familia en el lapso de 3 años.

A fin de tener bases para evaluar los resultados de las acciones educativas programadas y realizadas.

Para esta actividad se tomó como apoyo las técnicas didácticas, así como rotafolios, carteles, folletos, trípticos, periódico mural.

- Demostraciones. Durante las pláticas a grupos y durante las entrevistas domiciliarias, apoyadas también por técnicas y material didáctico, así como trastos y alimentos que proporcionaban las mismas señoras.

- Organización de la comunidad. Bajo la asesoría y vigilancia constante del Trabajador Social se organizó un Comité de

Saneamiento Ambiental como representante de la comunidad, el cual realizó las siguientes acciones:

Entrevistas con las autoridades políticas y administrativas de la jurisdicción a fin de ofrecerle ayuda y cooperación en las obras de saneamiento que se emprendían.

Juntas de vecinos a fin de que en ellas el personal del Centro Comunitario de Salud, insistiera en las recomendaciones educativas ya señaladas y se lograra la cooperación organizada de la colectividad para que con sus propios recursos, humanos y materiales, se mejoraran los aspectos del saneamiento ambiental.

- Información masiva. Las acciones anteriormente precisadas se apoyaron utilizando medios de información colectiva de eficacia comprobada como son:

Teatro quífol. Se realizó una función cada 2 meses para lo cual se elaboró el calendario respectivo. Las obras representadas se referían a temas generales de salud, en especial al mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.

Equipo móvil de sonido. Difusión de mensajes sobre saneamiento ambiental tales como:

- Cuidar el agua.
- Evitar los basureros públicos.
- No defecar al aire libre.
- Lavar frutas y verduras.

Utilización de otros medios de comunicación masiva para apoyo del programa como:

- Periódico mural.
- Carteles.
- Volantes.

Selección de líderes personas clave y grupos organizados para la participación en forma activa en el Plan de Salud.

Fue en base a la información proporcionada por el Estudio de Comunidad y las impresiones recogidas durante las entrevistas y distintos contactos con las personas y grupos mencionados.

Fue necesario tener en cuenta características favorables de los seleccionados como grado de preparación, experiencia previa, influencia en la comunidad, interés, disponibilidad, tiempo, etc.

Integración de la junta comunitaria de salud.

El procedimiento que a continuación se describe pretendió crear una organización capaz de promover las acciones del Plan de Salud y el mejoramiento integral de la comunidad a la vez que estimulara la participación de la población en estas acciones.

La junta estuvo formada por un comité directivo, las comisiones de trabajo y los representantes de sector.

Las personas que integraron el comité directivo y las comisiones de trabajo fueron electos en asamblea general.

El comité directivo estaba constituido por cinco miembros: un presidente, un secretario, un tesorero y dos vocales; las comisiones de trabajo por tres elementos: Un coordinador y dos vocales.

La asamblea tenía la libertad de crear el número de comisiones de trabajo que juzgara convenientes para cubrir y apoyar las distintas áreas programáticas del Plan de Salud y las que la comunidad demandara para impulsar su desarrollo.

A continuación se mencionan las siguientes:

Comisión de apoyo a los Programas del Centro Comunitario de Salud el cual tenía a su cargo estimular la participación de la comunidad en los programas de:

- a) Atención materno infantil y planificación familiar.
- b) Control de enfermedades transmisibles.
- c) Nutrición.
- d) Asistencia médica.

Igualmente tenía a su cargo la implementación de recursos materiales para el centro comunitario de salud, tales como: mesa para actividades manuales, cortinas, pintura para las paredes etc.

Comisión de mejoramiento de la vivienda y saneamiento ambiental.

Fue responsable de promover:

- a) El saneamiento de la vivienda.
- b) El saneamiento del medio incluyendo el control de basuras y desechos, fauna nociva e higiene de los alimentos.

El comité directivo promovía reuniones de los habitantes de cada una de las manzanas o secciones de la zona a fin de seleccionar y elegir a la persona que debía representarlos en

la junta comunitaria, se renovaba anualmente por el mismo procedimiento, quedaba a juicio de la asamblea general el imprimir al sistema las modalidades que juzgaran convenientes.

Las sesiones de la junta eran:

Ordinarias. Las que con regularidad realizaba el comité directivo y las distintas comisiones.

Extraordinarias. Las que se realizaban con asistencia de los representantes del sector.

Se realizaban anualmente una asamblea general de la comunidad. En cada una de las sesiones se discutían los procedimientos para cumplir con las actividades planeadas, se informaba de las realizadas y se levantaba el acta correspondiente.

El centro comunitario tenía funciones de asesoría ante la junta.

Con la asesoría del centro comunitario, el comité directivo y las comisiones elaboraron sus respectivos programas anuales de actividades. Asimismo se preparó un reglamento que normara el funcionamiento interno de la Junta y en el que se precisaban cuestiones como las siguientes:

- Sede oficial de la Junta.
- Calendario de reuniones.
- Procedimientos para discusiones.
- Proveer los procedimientos para sustituir en la Junta, a las personas que definitivamente no dieron cumplimiento a sus cargos.

Guía para elaboración de actas de sesiones regulares de la junta comunitaria de salud y de las comisiones que la integran.

Aspectos básicos a consignar:

- 1.- Lugar, hora y fecha en que se llevó a cabo la sesión.
- 2.- Número de la sesión correspondiente al año en curso.
- 3.- Tipo de sesión que se efectuó (ordinaria o extraordinaria).
- 4.- Nombres y cargos de los presentes en el momento de llevarse a cabo la primera sesión.
- 5.- Asuntos discutidos previa elaboración de un orden del día.
- 6.- Opiniones emitidas, consignando los nombres de quienes así las hacen.
- 7.- Acuerdos tomados, señalando de qué manera se llega a ellos (por mayoría, por unanimidad u otra).

- 8.- Lugar y fecha de la próxima sesión.
- 9.- Firmas y nombres de los representantes de la Junta Comunitaria, comisiones y sectores.
- 10.- El acta debía elaborarse de preferencia a máquina y con el número de copias suficientes para cada representante y archivo de la propia junta comunitaria.

3.2 El Equipo Multidisciplinario Base

La multidisciplinaridad podría definirse como la interacción entre dos o más disciplinas enfocadas hacia un objetivo común.

Es por ello, que el grupo multidisciplinario de los centros comunitarios de salud integrados mediante el Programa de Atención Primaria de la Salud en Areas Marginadas, se enfocó hacia un objetivo común: salud integral del hombre; la cual no es posible conocer únicamente a través de una sola disciplina como la medicina, la sociología o el Trabajo Social, puesto que quedaría incompleta. Es aquí donde cada área del conocimiento reconoce su limitación para estudiar el fenómeno en su conjunto; cuando se da la inter o multidisciplinaridad, con la intervención de otras disciplinas como las ciencias sociales y otras que interactúan entre sí y no en la suma de conocimientos parciales que puedan aportar varias disciplinas.

El trabajo en equipo permitió analizar el proceso salud-enfermedad de manera integral con un enfoque común que le permitía abordar una realidad y a partir de ahí, instrumentar técnicas y estrategias comunes y específicas de cada profesión, procurando así brindar una atención integral al individuo, familia y comunidad.

En consecuencia, todas sus acciones fueron encaminadas a brindar un servicio social de salud bien estudiado, bien organizado y bien aplicado, gracias a la conjunción de conocimientos y habilidades de las diversas disciplinas que componen estos grupos multidisciplinarios.

El grupo multidisciplinario que laboró en los Centros Comunitarios de Salud estaba integrado por un médico comunitario, un asistente médico (enfermera) y un promotor de Salud (Trabajador Social), los cuales reunían los siguientes requisitos indispensables:

Médico comunitario: Título de médico cirujano, ser menor de 30 años de edad y aprobar los exámenes de selección.

Asistente médico: Estudios secundarios terminados y carrera de enfermería terminada o pasantía; ser menor de 30 años de edad

y aprobar los exámenes de selección.

Promotor de Salud: Estudios terminados de la carrera de Trabajo Social o pasantía.

Este personal asistió a un curso de adiestramiento y capacitación en el mencionado Programa de Atención Primaria de la Salud en las Area Marginadas, impartido por profesores calificados de la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y al término de éste, aprobar los exámenes de selección aplicados por la institución antes mencionada.

Funciones del equipo multidisciplinario

Médico comunitario:

- 1.- Dirigir el centro comunitario de salud
- 2.- Elaborar los programas y proyectos locales. (Organizar a este nivel las actividades).
- 3.- Presidir las reuniones técnicas del centro comunitario de salud.
- 4.- Mantener coordinación constante con el centro de salud jurisdiccional y a través de éste con el Cabecera de Distrito.

- 5.- Promover la colaboración de otras instituciones u organismos públicos y privados.
- 6.- Promover y participar en el adiestramiento de personal.
- 7.- Integrar la junta comunitaria de salud.
- 8.- Concurrir a las reuniones de consejo técnico jurisdiccional y de distrito.
- 9.- Concurrir a las reuniones de la junta comunitaria de salud.
- 10.- Supervisar, asesorar y evaluar el desarrollo de las actividades y programas.
- 11.- Otorgar atención médica a la población de la comunidad que la solicite.
- 12.- Vigilar el control de medicamentos, productos biológicos y material de curación.
- 13.- Impartir educación higiénica dentro y fuera del centro comunitario.
- 14.- Participar en el estudio y organización de la comunidad.
- 15.- Elaborar los registros estadísticos y otros informes.
- 16.- Informar a las autoridades superiores con la periodicidad establecida.
- 17.- Participar en la afiliación de la población.

Asistente médico (enfermera):

- 1.- Auxiliar al médico comunitario en sus labores de

consultorio.

- 2.- Suplir al médico en sus funciones administrativas.
- 3.- Participar en el estudio y organización de la comunidad.
- 4.- Efectuar visitas domiciliarias.
- 5.- Realizar detección oportuna de enfermedades.
- 6.- Sumistrar tratamientos médicos bajo la supervisión del Médico.
- 7.- Proporcionar primeros auxilios y curaciones.
- 8.- Vigilar y controlar los tratamientos médicos.
- 9.- Hacer la toma y recolección de muestras para exámenes de laboratorio.
- 10.- Aplicar inyecciones y vacunas.
- 11.- Administrar vacunas no inyectables.
Controlar los medicamentos, productos biológicos y material de curación.
- 12.- Asistir a las reuniones técnicas del centro comunitario de salud.
- 13.- Impartir educación higiénica dentro y fuera del centro comunitario de salud.
- 14.- Adiestrar a los habitantes de la comunidad para que participen en alguna actividad promovida por el centro comunitario de salud.
- 15.- Cumplir con las indicaciones que le señale el médico comunitario y la superioridad.

- 16.- Elaborar los registros.
- 17.- Informar al médico comunitario con la periodicidad establecida.
- 18.- Participar en la afiliación de la población.

Promotor de salud (Trabajador Social):

- 1.- Participar en el estudio de la comunidad.
- 2.- Organizar a la comunidad para que ésta participe activamente en los programas que el plan contemple.
- 3.- Establecer la coordinación necesaria con los líderes y grupos de la comunidad.
- 4.- Promover la utilización de los servicios del Centro Comunitario de Salud.
- 5.- Lograr la integración de la junta comunitaria de salud.
- 6.- Asistir a las reuniones de la junta comunitaria de salud.
- 7.- Asistir a las reuniones técnicas del centro comunitario de salud.
- 8.- Cumplir las disposiciones técnico-administrativas que le indique el médico comunitario.
- 9.- Efectuar visitas domiciliarias.
- 10.- Promover y realizar actividades tendientes al mejoramiento del medio.
- 11.- Impartir educación higiénica a la población.
- 12.- Elaborar los registros estadísticos correspondientes a

otros informes.

13.- Informar al médico con la periodicidad establecida.

14.- Participar en la filiación de la población.

3.3 El Trabajador Social en el equipo multidisciplinario y el grupo de promotores voluntarios

Como ya se mencionó en otras ocasiones las funciones primordiales de un licenciado en Trabajo Social fueron organizar y coordinar, con la única finalidad de obtener mejores resultados en los programas de atención a la salud en un primer contacto que constituyó el Programa de Atención Primaria de la Salud en áreas marginadas del Distrito Federal.

En el presente trabajo se han venido mencionando las diversas actividades que un licenciado en Trabajo Social realizó realmente dentro del programa de Saneamiento Ambiental, el cual forma parte del mencionado Plan Nacional de Atención Primaria de la Salud. La Trabajadora Social al ser miembro del equipo multidisciplinario de salud, organizó y coordinó al personal del equipo para que las actividades que realizaran dieran los mejores resultados posibles y al mismo tiempo, sirviera de lazo de unión entre éste y la comunidad. Por ello, fue fundamental la intervención de este profesionista actuando

como educador, promotor, organizador y coordinador de actividades tanto del equipo de trabajo como de la comunidad.

El Área de Trabajo Social en la medicina social y comunitaria es el complemento de los sectores médico y de enfermería; los tres formaron un verdadero equipo de trabajo que realizó labores de gran trascendencia en esta rama de la medicina y en la actual etapa de atención a la salud al sector de la población que no cuenta con recursos para atender sus problemas de salud.

El Trabajo Social tiene un lugar ganado en corto tiempo, dado su contenido humanitario en alto porcentaje, abarcando al hombre y su medio, su cultura, su problemática y su estado de salud, así como las condiciones del saneamiento ambiental y patología social.

La capacidad personal, la aptitud técnica para el trabajo, la inteligencia, la dedicación, habilidad y capacidad para planear, organizar, coordinar y evaluar fueron atributos básicos sobre los cuales se construyó el arduo camino ascendente de un buen Trabajador Social e incluso de todo su equipo. Desde luego, todo ello apoyado en una buena preparación profesional de todo el equipo de salud.

El contacto personal y el ambiente de trabajo en un equipo multidisciplinario fue de lo mejor posible, ya que eso redundó, directamente sobre la obtención de mejores resultados del trabajo encomendado. Si esta actitud positiva se prolonga no sólo a personas determinadas, sino a una comunidad, estas relaciones públicas, si bien forman parte de las relaciones humanas, en general asumen caracteres más especiales y distintos. Las relaciones públicas se dirigen a una masa de gente, ya sea a un círculo determinado o a toda la comunidad, con fines determinados. Un Trabajador Social maneja estos conceptos, sobre todo poniendo especial atención en este caso a los aspectos dirigidos a la promoción y educación para la salud y así mejorar las condiciones del saneamiento ambiental en la comunidad marginada.

La Trabajadora Social fue la encargada de emprender campañas para reclutar personal voluntario y cuya finalidad fue tener un contacto más directo con la gente de la localidad y facilitar las actividades de su unidad de adscripción.

Este voluntariado se puede acomodar en diferentes grupos, que pueden ser clubes de madres y señoritas; superación personal, juvenil, deportivo, cultural, etc.

Como es bien sabido, una de las características del Trabajador Social es la integración de grupos de personas que deseen contribuir de alguna manera en la superación de su comunidad voluntariamente, pero con la asesoría de un Profesionalista en ciencias sociales como lo es un licenciado en Trabajo Social.

Entre los problemas que más aquejaban a la Comunidad fue las malas condiciones del saneamiento ambiental; es por eso que el Trabajador Social canalizó al voluntariado a la integración de grupos de promotores voluntarios del saneamiento ambiental dentro de su propia comunidad, con el propósito de concientizar y despertar el interés del resto de la población a la ejecución de las medidas generales antes mencionadas en pro de la salud, tanto individual como colectiva.

Se considera que el grupo promotor voluntario es otra de las partes más valiosas con que contó el Trabajador Social y su supervivencia debe mantenerse por todos los medios; además de cultivarlo, sensibilizarlo y motivarlo. Hasta la fecha su participación ha sido un acierto en cualquiera de las áreas donde ha participado.

Surgió como respuesta a las necesidades de coordinar las diversas acciones de los numerosos grupos voluntarios que

colaboran con los programas institucionales, para coadyuvar en el bienestar de los sectores de la población que buscan elevar sus niveles de vida.

El promotor social voluntario se considera agente de investigación y cambio social. Se compenetró directamente con problemas de la comunidad; sintió y vivió esos problemas y necesidades de sus conciudadanos; sus instrumentos de trabajo fueron la comunicación y las relaciones humanas; sus acciones se basaron en una conexión de simpatía social y realizando actividades programadas por la Trabajadora Social.

3.3.1 Funciones de Coordinación y Organización

El papel principal del Trabajador Social como organizador y coordinador fue el de ser guía que ayudara a la comunidad a establecer y encontrar los medios de alcanzar sus propios objetivos, tratando siempre de no manejar a la comunidad para intereses personales, ni forzarla a su acción, se respetaron sus derechos, tradiciones y costumbres, se actuó como orientador pero también se motivó para combatir la pasividad de algunos miembros de la comunidad. No fue un trabajo sencillo tomando en cuenta que la comunidad se sentía satisfecha con su estatus y no sólo no deseaban cambiar sino

que se resistía a la posibilidad de cambios y con una fuerte y rígida estructura de defensa, en este caso el trabajador social tomó la iniciativa, estimulando un sentido de necesidad o descontento pero, tratando de no desconocer los patrones culturales y siempre conciente de las potencialidades de la comunidad, con la idea de que en el futuro su nivel de vida mejorara en bien propio y familiar.

La Trabajadora Social fue la responsable de coordinar los cursos para los grupos formales e informales con el fin de tener bases sólidas para el mejoramiento de la salud en su propia comunidad.

Se responsabilizó de hacer coordinación con otras instituciones u organismos gubernamentales, para mejoras de la colonia y campañas en pro del saneamiento ambiental de su comunidad.

Cuando se eliminaba un basurero público, se ponía un altar en ese lugar con la "Virgen de Guadalupe" con el objeto de respetar el suelo y no volver a tirar basura.

Se acudió a la Delegación Política de Alvaro Obregón para solicitar asesoría para la comunidad con respecto a la

introducción del drenaje, conexión de tubería y abastecimiento de agua intra domiciliaria.

Se estableció coordinación con la jurisdicción sanitaria correspondiente de la zona, para que enviaran a la comunidad un técnico en saneamiento ambiental, para asesorar como construir una letrina y fosa séptica y la forma de conservarla higiénicamente; así como, lavado de tinaco.

Se solicitó personal profesional para impartir cursos de nutrición, manejo, preparación y conservación de los alimentos, así como orientación de recetas de cocina a bajo costo.

Se solicitó pastillas de cloro gratuitamente para desinfectar el agua, las cuales se les otorgaba a la comunidad, previa explicación de su uso.

Se estableció coordinación con el grupo encargado del manejo del teatro guífol de la Secretaría de Salud, para llevar a cabo funciones educativas con temas referentes al mejoramiento ambiental.

Se estableció coordinación con el director de la única escuela

primaria de la comunidad, para impartir pláticas educativas a maestros y alumnos.

Se estableció coordinación con la administración del mercado para impartir pláticas de educación para la salud para la conservación y manejo de alimentos y la importancia del lavado de frutas y verduras.

Con estas acciones y coordinaciones que se efectuaron en la comunidad los resultados obtenidos fueron mínimos, en cuanto al cuidado de la salud, debido principalmente a la falta de recursos económicos y escases de servicios públicos.

3.3.2 Educación para la salud

Puesto que el Trabajo Social es una disciplina orientada hacia el logro del bienestar, tanto individual como familiar y social de la comunidad a través de la orientación basada en la educación; organización de la comunidad; coordinación de actividades intra y extragrupalas, y ejecución de programas específicos; el Trabajador Social debe contar con elementos útiles tanto materiales como humanos que garanticen el buen resultado de la aplicación de un programa de la envergadura del mejoramiento del saneamiento ambiental, en un lugar de difícil acceso y penetración.

En este caso particular, el poner en marcha un programa de saneamiento ambiental requirió de dos aspectos fundamentales a cargo del Trabajo Social en un alto porcentaje, para lograr crear conciencia en la comunidad del grave problema que implica contaminar el agua, el suelo, el aire y los alimentos; así como crear el deseo por convencimiento objetivo de ayudar a reducir y eliminar hasta donde sea posible las fuentes de contaminación que se traducen en deterioro y decremento de la salud física, mental y social.

La educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores, tendientes a crear en los individuos conductas favorables a su salud.

La educación para la salud, como disciplina científica, es de muy reciente desarrollo, pues para estructurarse como tal, fue necesario apoyarse en otras ciencias como la propia educación, sociología, antropología, psicología, etc. El concepto de educación para la salud puede ser enunciado según se le enfoque como disciplina, proceso o conducta.

Como disciplina científica, la educación para la salud se refiere a los conocimientos y principios que determinan cómo

las personas y los grupos humanos, pueden tomar conciencia de la salud, o sea que, "la Educación para la Salud es concebida como una disciplina científica aplicada, que se basa en sólidos fundamentos científicos y sociales".

Como proceso, la educación para la salud presupone un acto de transmisión y fomento de valor salud, que va de quienes tienen la tarea de educar hacia aquellos que son objeto de la acción educativa. Dado que la palabra educación significa un proceso de dirección la educación para la salud puede entenderse asimismo, como un proceso de conducción hacia la adquisición de la salud y su conservación.

La tercera concepción es como conducta aprendida. La manera de actuar de las personas y sus manifestaciones hacia la salud, determinan su conducta o educación para la misma. En este enfoque se concibe como la suma de conocimientos, hábitos y actitudes que tienen las personas en aspectos de salud.

Concebida en esta forma la educación para la salud, su aplicación práctica será lograr que la población:

- a) Eleve el conocimiento y concepto de salud en su escala de valores.

b) Acepte y coopere con la enseñanza que le facilita el aprendizaje de mejores conductas, para conservar y mejorar su salud.

c) Haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restauración de la salud.

El logro de estas metas supone la necesidad de preparar personal, investigar nuevos procedimientos de enseñanza y la experimentación de formas más eficaces de utilización de los materiales educativos, así como de los canales de transmisión del mensaje.

La función principal que desarrolló el Trabajador Social como educador para la salud fue:

- Información a la comunidad en relación a las medidas preventivas para conservar su salud.
- Promoción de la utilización adecuada de los servicios de los centros comunitarios de salud.
- Organización del grupo multidisciplinario para participar en las pláticas educativas de salud.

Las pláticas educativas que se impartieron fueron:

- Evitar la contaminación del agua y utilizarla adecuadamente.
- Disposición correcta de excretas.

ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR TRABAJO SOCIAL EN EL DESARROLLO
DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL EN LA COLONIA "BARRIO NORTE"

ACTIVIDAD		1980		1981		1982		TOTAL		%	
		P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
PLATICAS EDUCATIVAS	AGUA	7	8	7	6	7	6	21	20	100	95.2
	ESCRETAS	7	8	7	6	7	6	21	20	100	95.2
	BASURA	7	8	7	6	7	6	21	20	100	95.2
	VIVIENDA	8	8	8	6	8	6	24	20	100	83.3
	ALIMENTOS	7	8	7	6	7	6	21	20	100	95.2
DEMONSTRACION	AGUA	4	4	4	6	4	6	12	16	100	133.3
	ESCRETAS	2	2	2	1	2	1	6	4	100	66.7
	BASURA	4	2	4	2	4	2	12	6	100	60.0
	VIVIENDA	2	2	2	2	2	2	6	6	100	100.0
	ALIMENTOS	4	4	4	6	4	6	12	16	100	133.3
VISITAS DOMICILIARIAS		2000	2000	2000	1500	2000	2000	6000	5500	100	91.7
ENTREVISTAS		500	500	500	500	500	500	1500	1500	100	100.0
INFORMACION MASIVA	No FUNCIONES	30'		30'		30'					
	TEATRO GUINOL	20	20	20	15	20	18	60	53	100	88.3
	No HORAS	4h		4h		4h					
	PERIFONEO	40	10	40	8	40	6	120	24	100	20.0
	No CARTELES	20	25	20	20	20	20	60	65	100	108.3
PERIODICO MURAL	PERIODICO										
	MURAL	10	12	10	10	10	12	30	34	100	113.3
	VOLANTES	100	100	100	100	100	100	300	300	100	100.0
GRUPOS ORGANIZADOS	No GRUPOS										
	ORGANIZADOS	2	2	2	2	2	2	6	6	100	100.0
	No ASISTENTES	540	600	540	450	540	450	1620	1500	100	92.6
No PLATICAS	No PLATICAS	36	40	36	30	36	30	108	100	100	92.6

P=PROGRAMADA R=REALIZADA

- Eliminación correcta de basuras.
- Mejoras a la vivienda.
- Higiene de los alimentos
- Demostraciones en el domicilio y sala de espera del centro comunitario de salud.
- Formación de grupos con el fin de impartirles pláticas de saneamiento básico.
- Información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.
- Se educó orientó y fortaleció la unidad familiar, capacitando a grupos para que aseguren la salud de sus miembros a través de un proceso de control y vigilancia permanente.
- Se capacitó promotores voluntarios para continuar con la labor educativa en su comunidad.

3.4. Resultado de la experiencia en el programa

El resultado obtenido con la aplicación de un programa institucional dirigido al mejoramiento del saneamiento ambiental en un área marginada dejó enorme y valiosa experiencia profesional como Trabajadora Social; ya que pude notar mis limitaciones y ventajas como profesional y trabajador del área social, mis errores y aciertos en el

proceso de educación para modificar los hábitos tan heterogéneos de una población también heterogénea y con la problemática multifactorial que caracteriza a las áreas marginadas.

En este apartado se expondrán en forma numérica los resultados obtenidos en los cinco aspectos fundamentales que comprendió el programa de saneamiento ambiental: agua, disposición de excretas y basura, vivienda, fauna nociva e higiene de los alimentos.

El análisis crítico de las experiencias obtenidas no se realiza en este momento, ya que éste constituye el tema central del cuarto capítulo y que al mismo tiempo es la parte medular del trabajo.

Desde luego, del análisis crítico saldrán conclusiones y sugerencias que debo dar a conocer a las nuevas generaciones para evitar caer en vicios, errores y obstáculos, que dificulten aún más el de por sí ya complejo trabajo comunitario.

Los principales problemas de Saneamiento Ambiental detectados se presentan en los siguientes cuadros, contemplando los

aspectos básicos: Agua, Disposición de Excretas, Disposición de Basura, Control de Fauna Nociva e Higiene de los alimentos.

AGUA

DISPONIBILIDAD DE AGUA

Tipo de abastecimiento	1980		1982	
	No.Fam.	%	No.Fam.	%
Agua entubada:				
- Dentro de la vivienda	280	56	330	66
- Fuera de la vivienda	20	4	30	6
- Hidrantes públicos	200	40	140	28
T o t a l	500	100	500	100

FUENTE.- Expediente familiar

Aquí se muestra que en la disponibilidad de agua potable en la comunidad es através de hidrantes públicos era en un 40%, el 36% contaba con agua intradomiciliaria y el restante 4% cuenta con agua entubada fuera de la vivienda; al finalizar el estudio se encontró que el mejoramiento del abastecimiento de agua entubada sólo se incrementó en un 12% en el lapso de 3 años.

DISPOSICION DE EXCRETA

! Tipo de eliminación !	1980		1982	
	No.Fam.	%	No.Fam.	%
! Sobre el suelo !	30	6	10	2
! Fosa séptica !	90	18	90	18
! Letrina !	40	8	40	8
! Drenaje/Alcantarillado !	340	68	360	72
! T o t a l !	500	100	500	100

FUENTE.- Expediente familiar

Respecto a la disposición de excretas se encontró que en 1980 el 32% de las familias encuestadas no contaban con un sistema de drenaje conectado al raquítico, inadecuado y mal planeado sistema de alcantarillado, logrando modificar únicamente esta situación en un 4% para 1982.

DISPOSICION DE BASURA

Tipo de eliminación	1980		1982	
	No. Fam.	%	No. Fam.	%
Camión recolector	75	15	240	52
Tiradero a cielo abierto	425	85	240	48
T o t a l	500	100	500	100

FUENTE.- Expediente familiar.

La eliminación de la basura fue otro problema que requirió de la intervención de varias instancias para su mejoramiento y solución; al inicio del estudio solamente el 15% de las familias tenía acceso al servicio de camión recolector de basura y el restante 85% depositaba la basura en tiraderos a cielo abierto, con las consecuencias ya señaladas. Sin embargo después del trabajo realizado a lo largo de 3 años se logró disminuir hasta un 48% la eliminación de basura en tiraderos a cielo abierto e incrementar el uso del servicio de camión recolector en un 52%, siendo éste el renglón de mayores logros.

VIVIENDA.

Material predominante		1980		1982	
		No.Fam.	%	No.Fam.	%
Piso	Tierra	40	8	30	6
	Concreto	460	92	90	18
	Total	500	100	40	8
Muros	Tabique	460	92	460	92
	Adobe	10	2	10	2
	Madera	20	4	10	2
	Cartón	10	2	05	1
	Otros.	-	-	15	3
	Total	500	100	500	100
Techo	Concreto	50	10	70	14
	Teja	20	4	20	4
	Lámina	300	60	340	68
	Cartón	130	26	70	14
	Total	500	100	500	100

Tipo de vivienda	1980		1982	
	No.Fam.	%	No.Fam.	%
Casa sola	390	78	390	68
Cuarto de Vecindad	60	12	90	18
Casas improvisadas	20	4	40	8
Tegurios	20	4	10	2
Departamento	10	2	20	4
T o t a l	500	100	500	100

FUENTE.- Expediente familiar

No. de cuartos por vivienda	1980		1982	
	No.Fam.	%	No.Fam.	%
Uno	240	48	250	50
Dos	180	36	170	34
Tres o más	80	16	80	16
T o t a l	500	100	500	100

FUENTE.- Expediente familiar

No. de habitaciones por vivienda	1980		1982	
	No.Fam.	%	No.Fam.	%
1 a 3	75	15	100	20
4 a 6	200	40	275	55
7 a 9	200	40	115	23
10 y más	25	5	10	2
T o t a l	500	100	500	100

FUENTE.- Expediente familiar

En lo referente al mejoramiento de la vivienda, los resultados reflejaron un bajo porcentaje de logros alcanzados, principalmente por el costo elevado, que representaba tratar de renovar, mejorar, ampliar o construir una vivienda; tomando en cuenta que la mitad de las familias encuestadas habitaban en vivienda de un sólo cuarto y que, el 80% de las mismas se integraban de 4 a 9 miembros

Fauna nociva.

Tipo de fauna nociva	1980		1982	
	No.Fam.	%	No.Fam.	%
Perros	430	86	400	80
Roedores	375	75	340	72
Inséctos	455	91	440	88

FUENTE.- Expediente familiar

La fauna nociva observada en la comunidad al inicio de la investigación no se modificó prácticamente al finalizar ésta; en 1980 había perros, roedores e insectos y en 1982 se observaba prácticamente la misma cantidad de fauna nociva.

Higiene de los alimentos

Higiene de los alimentos	1980		1982	
	No.Fam.	%	No.Fam.	%
Preparación	150	30	175	35
Consumo	150	30	175	35
Conservación	200	40	220	44

FUENTE.- Expediente familiar

Finalmente, en cuanto a la higiene de los alimentos en los 3 años de trabajo educativo en materia de salud e higiene de los alimentos el logro de cambios de conducta es mínimo, debido a los bajos alcances en los otros aspectos del saneamiento ambiental.

C A P I T U L O I V

ANALISIS Y CRITICA DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

El desarrollo de cualquier trabajo realizado por el hombre está basado en experiencias previas y al finalizar éste, la nueva experiencia obtenida servirá de planteamiento de nuevos objetivos, metas, actividades, programas, trabajos, etc., con el propósito de dar solución a una problemática detectada, aumentar el acervo de conocimientos en un área determinada o dar explicación a un fenómeno observado en nuestra área de trabajo.

Cuando este razonamiento lo aplicamos al desarrollo de un trabajo profesional en el área social, nos obliga a realizar un análisis crítico del momento histórico y las condiciones generales y locales que prevalecieron en el momento de realizarlo ya que el trabajo con grupos humanos es dinámico, complejo, cambiante e inestable. Todo ello motivó la realización de este trabajo al reflexionar sobre la enorme problemática multifactorial de saneamiento ambiental que se observa en una comunidad marginada.

Este capítulo representa la parte fundamental de la investigación retrospectiva realizada en un lapso de tres

años, comprendida entre 1980 a 1982, en la comunidad marginada "Barrio Norte", con la cual se pretende dar a conocer, la experiencia profesional de una Trabajadora Social con necesidades laborales y de desarrollo personal, enfrentándose con la problemática de una comunidad compleja y llevando a cabo el desarrollo de un programa de salud ambiental. Esta gran experiencia creo que vale la pena escribirla y darla a conocer, pero con un sentido crítico y analítico para enmendar errores y proyectar nuevas formas y procesos metodológicos que contribuyan al logro de objetivos de programas dirigidos al trabajo comunitario y a la reestructuración de los programas de enseñanza de las carreras del área social.

4.1 En relación a la problemática de saneamiento ambiental detectada.

La comunidad Barrio Norte se clasifica como área marginada por sus características generales; la investigación inicial realizada y presentada en el estudio de Comunidad puso de manifiesto la grave situación en materia de saneamiento ambiental existente en Barrio Norte, debido principalmente a los siguientes factores:

- Ubicación y características geográficas.- Lo cual dificultó la introducción de servicios públicos mínimos necesarios, tales como la red de agua potable, alcantarillado, servicio de limpia, luz, trazo y pavimentación de calles, lo que a su vez dificultó el transporte y acarreo de materiales para construcción y mejoramiento de las viviendas. Esto favoreció la invasión de terrenos, la improvisación de viviendas en lugares inapropiados y con materiales inadecuados, sin una planeación urbana y sin orientación arquitectónica alguna provocando con ello problemas para el abastecimiento de agua, dificultad para el trazo de una red de alcantarillado que eliminara las excretas y agua negras; siendo común observar basureros público y tiraderos a cielo abierto por el difícil acceso de camiones recolectores de basura debido a lo accidentado del terreno y el mal trazo de calles y callejones que predominaban en la colonia.

Como se ha mencionado, las características de las viviendas en su gran mayoría eran improvisadas, no planeadas y mal trazadas y construidas con materiales inadecuados, lo cual contribuyó a que la conservación de los alimentos fuera difícil e inadecuada por falta de espacio, mobiliario y servicios intradomicilarios como agua, luz, drenaje; si a esto agregamos la presencia de basura, tanto dentro como fuera de la

vivienda, basureros públicos y tiraderos a cielo abierto, favoreciendo con ello la presencia y difícil erradicación de fauna nociva caracterizada por insectos (moscas, cucarachas, mosquitos), roedores y perros; con lo cual la contaminación de los alimentos también se vio altamente favorecida. Los obstáculos más importantes que impidieron el cambio en cuanto al saneamiento se refiere, fueron:

- La diversidad de costumbres, hábitos, creencias y rasgos culturales.

- El aspecto económico representó un factor determinante que obstaculizó e impidió el logro de objetivos y metas por la gran limitante que presentó el bajo ingreso familiar y el trabajo eventual mal pagado y sin los beneficios de la seguridad social. El bajo ingreso familiar impidió que muchas familias no realizaran obras de drenaje, introducción de agua intradomiciliaria de la vivienda.

- Vivienda e interacción familiar.- Como ya se ha mencionado la problemática de la ubicación, construcción y distribución de la vivienda fue determinante en la prevalencia del mal saneamiento ambiental, puesto que un alto porcentaje de las viviendas constó de una sola habitación, donde habitaban familias numerosas y carentes de privacidad, espacio, ventilación, servicios intradomiciliarios de agua y drenaje.

Cuando las familias viven en estas condiciones la interacción familiar es difícil y en ocasiones imposible, agregando a esto los problemas socio-económicos, educativos, culturales, hábitos higiénico-dietéticos deficientes, problemas de alcoholismo y drogadicción, etc. Cuando no hay integración familiar, no hay cooperación en las tareas de mejoramiento de la vivienda y menos aún habrá cooperación para realizar tareas comunales de mejoramiento ambiental.

Recordemos que la familia es la célula de la sociedad, siempre y cuando la familia se encuentre integrada. Si hay desintegración familiar habrá pocas posibilidades de que constituyan verdaderas células integrantes de una sociedad.

La variabilidad de creencias, mitos y tradiciones representa otro factor obstaculizante en el proceso de salud-enfermedad y en particular en el entendimiento y alternativas de solución a los problemas de saneamiento ambiental, tanto familiares como comunales. Incrementar la cultura médica requiere de un proceso educacional largo y lleno de obstáculos y limitaciones, lo cual no se logró por el lapso tan breve de permanencia en la comunidad.

El aspecto político fue determinante para la observación

información, programación y solución de la carencia de servicios públicos mínimos indispensables que requiere un núcleo de población. Barrio Norte no fue la excepción en cuanto al verbalismo demagógico de políticas que prometieron dar solución a la enorme problemática sanitaria y ambiental.

La política local no es autónoma, depende de la política delegacional y ésta a su vez debe ajustarse a los planes y programas de una política nacional que difícilmente desviará los recursos necesarios tanto humanos, materiales y financieros para dar solución integral a las diferentes condiciones sanitarias de una colonia marginada como lo es Barrio Norte.

Debido a las deficientes condiciones del saneamiento básico, la población de la colonia Barrio Norte presentó las enfermedades características de las áreas marginadas: enfermedades diarreicas, gastroenteritis infecciosas de origen viral, bacteriano y parasitario; infecciones respiratorias agudas, caries, dermatosis, enfermedades exantemáticas, desnutrición, zoonosis, hepatitis viral, fiebre reumática, tuberculosis, etc.

Las causas de toda esta problemática de salud fueron

primordialmente las deficientes condiciones generales de las viviendas, la falta de un sistema adecuado de distribución de agua potable; el sistema de eliminación de excretas y basura raquítico, mal diseñado, insuficiente, y carente de mantenimiento; aunado a ello la escasa cultura médica, el bajo nivel socio-económico, la escasa voluntad política y engorrosos trámites burocráticos que parecían no tener solución. En todo esto el equipo de salud no pudo intervenir directamente ya que salía del alcance de sus funciones y actividades; sin embargo incidió directamente en los aspectos de Educación para la Salud, logrando con ello mejorar, aunque en un bajo porcentaje, las condiciones generales de la vivienda de las 500 familias en control.

Considero que la problemática de saneamiento ambiental detectada en la colonia Barrio Norte tiene el mismo origen, evolución, trascendencia, consecuencias y limitaciones para su mejoramiento. Por lo observado y descrito en el capítulo correspondiente, los problemas de saneamiento básico obedecen a una multicausalidad cuyo origen se puede situar en dos instancias de las cuales se deriva la multifactorialidad de la problemática sanitaria.

1) La actuación inadecuada de las autoridades y líderes

formales e informales.

De antemano es riesgoso lanzar una crítica abierta a las autoridades en sus diferentes niveles jerárquicos o puestos públicos, pero la experiencia obtenida al realizar la investigación social mostró la gran variedad de irregularidades que ocurren antes, durante y después de la formación de una comunidad marginada, localizada en una área geográfica que no debió haberse autorizado como sitio de desarrollo de un núcleo de población sabiendo que era zona de difícil acceso por su irregularidad geográfica, peligrosa por las características del subsuelo, no planificada, donde sería casi imposible introducir una red de agua entubada, un sistema de drenaje que difícilmente sería conectado a un sistema de alcantarillado, el cual era raquítico, mal planeado e insuficiente; difícil delimitación de manzanas y terrenos, por tanto la construcción no planificada de las viviendas, tratando de adaptarlas a las características del terreno y utilizando materiales inapropiados y de poca durabilidad; mal trazo de calles y callejones que imposibilitan el acceso de los servicios de limpieza, ocasionando con ello la presencia de basureros públicos que a su vez son el origen y prevalencia de fauna nociva con los consecuentes daños a la salud. Todo esto y más fue propiciado por la actuación inadecuada de líderes y

autoridades que con la promesa de mejorar en un futuro las condiciones del lugar, propiciaron y permitieron el desarrollo del enorme núcleo poblacional que es hoy día Barrio Norte.

Con el paso de los años la problemática de mal saneamiento ambiental continuó y exacerbó a sus habitantes debido a que las autoridades siguieron permitiendo la construcción de viviendas, el establecimiento de comercios y servicios que no reunían las condiciones mínimas del reglamento sanitario; sin embargo, los permitieron. Al realizar el estudio se encontró a una comunidad característicamente marginada con pocas posibilidades de superar o por lo menos mejorar sus condiciones sanitarias que día con día se vuelven más críticas. Durante nuestra estancia en la comunidad se realizaron coordinaciones con autoridades de diferentes instancias gubernamentales con el propósito de iniciar, agilizar o concluir solicitudes tendientes al mejoramiento ambiental, pero se encontró en ocasiones apatía, desinterés y burocracia por parte de algunas autoridades. Sin embargo, otras brindaron apoyo para desarrollar mejoras en la comunidad en relación a la problemática sanitaria local pero que no satisficieron todas las demandas.

2) El Lento Desarrollo de la Comunidad

Debido a lo heterogéneo de la población, al bajo nivel socio-económico y educacional de la población, a sus costumbres, creencias y carencias, la propia gente de la colonia no hacía lo necesario por superar sus malas condiciones de saneamiento.

Se observó al inicio de nuestra llegada como las familias a pesar de vivir en hacinamiento no hacían lo posible por planear y construir un vivienda apropiada y decorosa; como tenían que acarrear agua de hidrantes públicos y no destinaban un presupuesto para introducir el agua a su vivienda. A pesar de haber escurrimientos de aguas negras, no realizaban trabajos de construcción de letrinas y sistemas de drenaje; como eran contaminados y agredidos por cucarachas, moscas, mosquitos, ratas, perros, los cuales encuentran condiciones propicias para su reproducción, debido al descuido y mala protección de los alimentos, uso de botes sin tapa para la basura y a los múltiples basureros públicos que se encontraban en calles y lotes baldíos.

A la gente le cuesta mucho trabajo entender que el origen de sus problemas de salud más frecuentes como las enfermedades diarreicas, parasitosis, infecciones respiratorias agudas,

infecciones de la piel, desnutrición, etc., son las deprimentes condiciones de saneamiento que prevalecen en su micro y macroambiente.

El tipo de trabajo de las personas también afecta a su salud y trae como consecuencia enfermedades psicósomáticas, psíquicas y del sistema nervioso.

4.2 En relación a la intencionalidad de la aplicación del Programa Institucional

La intencionalidad de la aplicación de un programa de este tipo fue dirigida a tratar de concientizar a la población de la grave situación que en materia de saneamiento ambiental presentó la comunidad en que vivían, identificando sus causas y efectos; así como las alternativas de solución con la participación activa de la comunidad, utilizando sus propios recursos, asesorados por personal capacitado y apoyados por equipos multidisciplinarios que trabajaron dentro de la misma comunidad.

La aplicación del programa de mejoramiento del saneamiento ambiental en la colonia Barrio Norte, puede calificarse como positiva.

La crítica va dirigida hacia los siguientes aspectos determinantes:

- Estandarización e idealización en el planteamiento de objetivos puesto que cada comunidad ofrece condiciones y características muy particulares que obligan al aplicador del programa a modificar sobre la marcha los planes originales o ser más realistas en cuanto a la posibilidad del alcance de los objetivos planteados, tanto a corto como a mediano plazo.

- Rigidez de Metas Programadas.- La mayoría de los programas gubernamentales programan metas ficticias que en ocasiones quedan por debajo de las necesidades reales o bien son inalcanzables, ya que fueron calculadas en base a datos ficticios, justificados como proyecciones estadísticas erróneamente fundamentadas. Esto lo pudimos constatar al poner en marcha el programa y darnos cuenta que al realizar las actividades, en algunas se alcanzaban fácilmente la meta programada, pero en otras, a pesar del esfuerzo realizado la meta fue inalcanzable.

- Limitación de Recursos.- Uno de los problemas sobresalientes en todo programa institucional es la mala distribución de recursos humanos, materiales y financieros y su consecuente limitación y escasez cuando más se necesitaba. La experiencia

obtenida nos indicó que al iniciar los trabajos del programa se contó con los recursos humanos, materiales y financieros para tratar de cumplir los objetivos y alcanzar las metas; es decir, en cuanto a recursos humanos se contó con equipos de salud completos, con el perfil idóneo y la capacidad y desarrollo requeridos; había supervisores, técnicos, choferes, etc.; en cuanto a recursos materiales, al inicio se contó con papelería suficiente como carteles, volantes, mobiliario y equipo, vehículos, etc.; en cuanto a recursos financieros, la Lotería Nacional aportó el presupuesto para este programa, y por tanto, había suficiente dinero para el financiamiento del mismo. Sin embargo, la experiencia demostró que a medida que el programa avanzaba, la limitación y desvío de recursos empezó a ponerse de manifiesto, aunque oficialmente se declaraba que en cada etapa del programa se incrementaban los recursos.

- Evaluaciones inadecuadas e información manipulada. En este renglón, la experiencia indica que las evaluaciones realizadas por los diferentes niveles en muchas ocasiones eran inadecuadas porque no se apegaban a los parámetros marcados en el programa ni a las metas programadas; así pues, de pronto nos felicitaban y éramos el foco de atención por los alcances logrados y de pronto nos llamaban la atención por el bajo alcance de determinada meta; así de contradictorias eran las evaluaciones.

A pesar de la variabilidad de dichas evaluaciones, oficialmente se reportaban alcances siempre favorables. Politicamente, el programa debia reportar datos favorables, alcances adecuados y utilización y consumo de los recursos destinados; durante algún tiempo así se reportò y durante los 3 años que abarcò este estudio, así se contemplò, pero llegó el momento de la declinación política y por ende, la declinación también del programa, la desintegración del equipo multidisciplinario de salud, culminando con el cierre del centro de salud comunitario "Barrio Norte", que al principio del programa fue modelo y orgullo jurisdiccional, motivo de visitas, reportajes, elogios y remembranzas.

- Falta de continuidad programática. Desafortunadamente en México existe la errònea programación sexenal, limitante y condicionante de desvío de recursos. Como cualquier otro programa gubernamental, el de Atención Primaria de la Salud a las Areas Marginadas tuvo gran esplendor, popularidad, impulso, financiamiento, apoyo y voluntad política a principio de la década de los 80's alcanzando su máximo florecimiento durante el período comprendido entre 1980 y 1982, lo cual motivò la realización del presente trabajo, notándose su declinación hacia 1983 y coincidiendo curiosamente con el cambio sexenal.

4.3 En Relación al quehacer profesional del Trabajador Social.

La experiencia profesional obtenida del quehacer del Trabajador Social en un trabajo de investigación comunitaria, considero que enriqueció grandemente la preparación adquirida como estudiante de manera teórica y hasta cierto punto idealista de los logros que un trabajador social puede alcanzar en su quehacer profesional.

Desde luego, la experiencia obtenida en este renglón fue invaluable, puesto que me permitió poner en práctica la gama de conocimientos teóricos sobre técnicas de investigación social, elaboración de encuestas, entrevistas, informes, cuadros gráficos, croquis, etc., es decir, puede realizar una investigación formal que serviría de base para un trabajo programado que debíamos adaptar a los resultados de la investigación y de esta manera promover e iniciar un desarrollo de comunidad verdadero.

- El Trabajador Social como educador.- Considero que uno de los aspectos donde se sublima la labor del Trabajador Social es indudablemente su labor como Educador, ya que en ella verá los frutos, fracasos, obstáculos y limitaciones en su quehacer cotidiano con la comunidad con la cual trabaja; y la

directamente con información y demostraciones respecto al mejoramiento ambiental tanto familiar como individual, con mensajes específicos referentes al consumo de agua potable y mejoramiento de un sistema de abastecimiento y purificación, eliminación adecuada de excretas y basura, mejoramiento de la vivienda, conservación e higiene de los alimentos.

El emisor en este caso era la Trabajadora Social, capacitada y conocedora de los mensajes enviados. El canal utilizado fue la información directa a través de entrevistas, funciones de teatro guiñol, pláticas y demostraciones; e indirectamente mediante carteles, folletos, volantes, trípticos, etc. El receptor siempre fue algún miembro de la comunidad, jefe de familia, amas de casa, población escolar, grupos formales, comités de salud, comerciantes, maestros, líderes, etc.

Finalmente quisiera manifestar que la experiencia profesional acumulada con el desarrollo de este programa se vio retroalimentada constantemente por las sugerencias y críticas de la propia comunidad así como visitantes y observadores, tanto nacionales como extranjeros.

Hablar del quehacer profesional del Trabajador Social con un sentido crítico lo considero importante, por haber participado

directamente en la aplicación y desarrollo del programa institucional y por el hecho de ser Trabajador Social con deseos de dar a conocer y compartir las vivencias y experiencias al ser protagonista de los hechos descritos en este trabajo. No es fácil la autocrítica, pero es necesaria para enmendar errores y plantear propuestas que mejoren la actuación del Trabajador Social en el trabajo comunitario.

En primer lugar, considero que la selección del personal que realizaría las actividades en comunidad, fue adecuada para la primera etapa del programa, ya que la mayoría éramos Trabajadores Sociales de nivel Licenciatura, Sociólogos o Antropólogos Sociales de sexo femenino, con presencia agradable; jóvenes, solteros, inquietos, recién egresados de las escuelas y facultades y adiestrados específicamente con una ideología, filosofía y conciencia social marcados, que se acopló perfectamente al perfil deseado para el novedoso programa. Aunque parezca inadmisibles, la conjunción de todos estos atributos fue determinante para el éxito inicial del programa, puesto que determinó la buena integración de los equipos, la aceptación de actividades y tareas a realizar, la disponibilidad de tiempo y la aceptación por parte de la propia comunidad, por mostrar nuestro entusiasmo, deseos de trabajar, convivir e integrarnos con ellos en algunas

actividades y tareas.

La crítica al quehacer profesional del Trabajo Social se hará en función de la experiencia obtenida en el desarrollo de funciones y actividades específicas del programa de saneamiento ambiental.

- Como profesional del Trabajo Social considero que la preparación adquirida en la Universidad fue esencial para entender por una parte la filosofía e ideología del programa en el cual iba a trabajar, por otra parte, comprender la multicausalidad de la problemática de saneamiento ambiental encontrada en mi comunidad y por otra, entender y tratar de dar explicación a las actitudes mostradas por la población en relación a la problemática detectada. A este respecto, observé algunas deficiencias técnicas que las propias exigencias de trabajo me obligaron a subsanar.

- Como parte integrante de un equipo multidisciplinario experimenté mi limitación de conocimientos respecto a otras disciplinas, en este caso del área de la salud y comprendí que un Trabajador Social debe manejar información y conocimientos actualizados del área específica en la cual trabaja para participar adecuada y eficientemente en las actividades

correspondientes; además aprendí también que el relacionarse con gente de otras áreas en la propia comunidad, tales como albañiles, cargadores, obreros, choferes, estudiantes, amas de casa, etc., hasta la convivencia y relación laboral con profesionistas del área jurídica, política, educativa, económica, arquitectónica, ingeniería, administrativa, comercial, etc., obliga al Trabajador Social a tener un nivel cultural amplio, habilidad para fomentar las relaciones humanas y gozar de simpatía y aceptación entre el grupo de trabajo y la comunidad asignada.

- Como investigador social.- En lo que respecta al campo de la investigación, la experiencia obtenida fue positiva, aunque en algunos momentos observé deficiencias y dificultad en el manejo de términos, conceptos y procedimientos, sobre todo de tipo estadístico al llevar a cabo la investigación inicial para la integración del estudio de comunidad; sin embargo, considero que la base teórica en cuanto a técnicas e instrumentos de investigación aprendidas en la escuela fueron de invaluable utilidad para mi desempeño en esta fase del trabajo.

- Como educador.- Dentro de las funciones y actividades realizadas por Trabajo Social en la aplicación del Programa de

Saneamiento Ambiental, la educación de manera general y específicamente la educación para la salud, fue una de las fundamentales para lograr los objetivos y alcanzar las metas programadas, ya que ésta iba dirigida a lograr un cambio de conducta en la población y la práctica de técnicas y procedimientos sencillos, de gran utilidad, pero de difícil convencimiento y realización para mejorar las condiciones básicas del saneamiento ambiental, individual y colectivo. La experiencia en este renglón la podría sintetizar de la siguiente manera: educar o modificar la conducta de un individuo es una tarea de gran dificultad, pero para lograr modificar la conducta de un grupo social con características de marginalidad, las dificultades, obstáculos y limitaciones se acentúan y enfrentarlas requiere la utilización simultánea y efectiva de recursos materiales, humanos y financieros, puesto que si alguno de éstos falla o se limita, el proceso educativo se retrasa, se modifica o bien se bloquea parcial o totalmente.

Se sabe de antemano que la modificación de la conducta en una comunidad requiere de un proceso educativo de larga evolución y que sus resultados se verán a largo plazo y muchas veces ya no estamos en ese sitio para observar los primeros resultados.

En el caso concreto de la comunidad Barrio Norte la experiencia de tres años demostró que en algunos aspectos del programa la labor del Trabajador Social, como educador empezó a dar los primeros resultados al observar cambios de conducta en las familias resultado de la aplicación de cargas educativas dirigidas a cambiar los hábitos y costumbres arraigados de la población. Sin embargo, a pesar de la gran labor educativa realizada en la comunidad, con la utilización de técnicas y materiales didácticos apropiados, los resultados obtenidos fueron mínimos cuantitativa y estadísticamente hablando, pero desde el punto de vista cualitativo y de concientización, creo haber iniciado el difícil proceso educativo al observar el inicio de cambios de conducta, y cultura médica, para comprender el proceso salud-enfermedad y la conciencia social de su grave situación en materia de saneamiento ambiental.

- Dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, la Trabajadora Social jugó dos roles básicos: Primero como Receptor para captar la información necesaria mediante manuales, conferencias, adiestramientos, etc. segundo como emisor al realizar entrevistas, adiestramientos, pláticas y demostraciones dirigidos a amas de casa, familias y grupos formados.

A este respecto, la crítica va dirigida hacia cinco elementos determinantes:

1) El mensaje. La información contenida en un mensaje debe ser breve, concisa y precisa y con lenguaje apropiado, a veces a pesar de aplicar estos elementos a la población no se obtuvo respuesta esperada para mejorar su nivel de vida.

2) El canal. Para la captación correcta de un mensaje es necesario utilizar un canal adecuado; en la experiencia personal se observó que los canales de información frecuentemente se obstruían o bloqueaban por limitación de recursos y programación incorrecta motivando con ello deficiencia en la captación del mensaje.

3) El lugar. Para asegurar la captación de un mensaje debe de tomarse en cuenta el espacio para dar la información y evitar al máximo las distracciones. A este aspecto se tomó en cuenta proporcionar las prácticas en las vías públicas, en locales comerciales, se mostró que tenían interés en los mensajes, pero no faltó quien dijera que no contaban con los recursos suficientes para llevar a cabo las medidas preventivas para mejorar la salud, se trataba de motivar y mostrar con ejemplos de otras familias de su propia comunidad se insistía en comunicarles que sí podía haber un cambio.

4) Emisor. La preparación, disponibilidad y habilidad del emisor para el trabajo comunitario fue determinante. En la experiencia profesional se comprobó que las fallas más importantes no fueron por parte del emisor, sino más bien a la carencia de recursos económicos, el desempleo, la desintegración familiar, factores que estaban muy lejos de nuestras manos para proporcionarle soluciones en ese momento.

5) Receptor.- El receptor debe tener la disponibilidad, interés y aceptabilidad para que el mensaje sea captado. En este punto la experiencia demostró que la comunidad 'receptor' en ocasiones mostró desinterés y apatía por los mensajes emitidos, a pesar de la motivación que se le daba, los argumentos principales de esta apatía se debían principalmente a la preocupación de no contar con recursos económicos, para mejorar la vivienda, construir su letrina o fosa séptica, meter agua intradomiciliaria, meter el drenaje, comer mejor, lavar frutas y verduras y baño diario, esto era difícil de llevarse a cabo si apenas tenía agua para lavar y beber.

La existencia de tanta fauna nociva (moscas, cucarachas, etc.) se debía a que no barrían sus pisos por ser de tierra, no lavaban sus trastos por no contar con suficiente agua,

tenían acumulación de basura a causa de que no pasaba el carro recolector.

Sus intereses eran más importantes que escuchar una plática educativa, a ellos les preocupaba más el hecho de no tener que darle de comer a sus hijos, encontrarse en la casa a su marido borracho, irresponsable y golpeador de mujeres, a veces sus hijos sucios, enfermos constantemente de parasitosis desnutridos, y bajos en promedio en educación escolar.

4.4. En relación al proceso metodológico utilizado.

En relación al proceso metodológico que se utilizó en el desarrollo del programa, la experiencia obtenida demostró dos puntos básicos:

Primero.- Que cuando se trabaja para una institución y para un programa específico, debemos seguir la metodología señalada, puesto que se ha diseñado en función de objetivos, metas, recursos, políticas, ideologías específicas para el momento histórico que se está viviendo.

Segundo.- Tomando como base la experiencia personal y el nivel cognositivo, se puede implementar un proceso metodológico

paralelo que ayude a alcanzar los objetivos y metas del programa aplicado sin ir en contra de políticas o ideologías que sustentan al programa.

En nuestro caso concreto diré que en términos generales se siguió el proceso metodológico marcado en el programa porque después de analizarlo se llegó a la conclusión que era adecuado y aplicable al trabajo que se pretendía realizar en esa comunidad, y únicamente se complementó en algunos puntos que a juicio personal requerían de alguna especificación o particularidad que facilitara o mejorara el como llevar a cabo determinada función o actividad.

Concretizando este punto mencionaré que el proceso metodológico empleado se basó en la elaboración de un estudio de comunidad, integración de un diagnóstico de salud y de saneamiento ambiental de la colonia Barrio Norte a través de una investigación social realizada con 500 familias y una población aproximada de 3000 habitantes. Una vez concluido lo anterior, se procedió a la aplicación de un programa general de atención primaria de la salud y específicamente el programa de mejoramiento del saneamientos ambiental (previamente elaborado y dado a conocer al personal operativo) en él se especificó la manera cómo se llevarían a cabo las actividades

para el cumplimiento de la metas y alcance de los objetivos. La evaluación y retroalimentación se realizó mediante la información mensual, trimestral, semestral y anual de cada uno de los cinco aspectos que corresponde el saneamiento básico de este programa: abastecimiento de agua, eliminación de fauna nociva, recolección de basura, mejoramiento de la vivienda e higiene de los alimentos. Esta evaluación se basó en los alcances en cuanto a las actividades realizadas por la Trabajadora Social en materia de saneamiento ambiental y el impacto en la comunidad mediante los cambios de conducta observados en relación a la introducción de agua entubada a las viviendas, construcción de drenaje adecuado y su conexión al sistema de alcantarillado, eliminación de basureros públicos y utilización del camión recolector, uso de insecticidas, mejoramiento de la distribución, construcción, ventilación y condiciones generales de las viviendas, disminución del hacinamiento familiar, mejoramiento de los hábitos higiénicos para la obtención, elaboración y consumo de los alimentos, todo esto en base a los logros en cuanto a las actividades educativas caracterizadas por el número de grupos de promotores formados, número de pláticas y demostraciones realizadas, número de carteles elaborados, volúmenes y folletos repartidos, horas de información masiva realizadas.

El proceso metodológico empleado se considera que fue adecuado al inicio del programa tanto en fase programática como en la operativa; sin embargo, a medida que se desarrolló el programa se pudo observar fallas programáticas que hubo necesidad de corregir sobre la marcha, complementar algunas actividades, suprimir otras e incluso hacer pequeños cambios y ajustes metodológicos obligados. Debe aclararse que el desarrollar una metodología estandarizada para todas las áreas marginadas, era de esperar desajustes, incongruencias, u omisiones que sólo la experiencia puede demostrar. Recordando que la metodología es el cómo realizar cada actividad y función optimizando los recursos disponibles para el logro de los objetivos y alcance de metas, es conveniente mencionar que la crítica constructiva a un programa ya estructurado, aprobado y en proceso de aplicación no siempre es bien vista y mucho menos aceptada.

CONCLUSIONES

- El Trabajo Social es una carrera profesional que permite amalgamar real y objetivamente la teoría de la problemática multifactorial de una sociedad con la práctica metodológicamente ordenada y contenida en programas dirigidos a mejorar y/o solucionar dicha problemática, pero con la participación activa de la comunidad, empleando sus propios recursos orientados y coordinados por un profesional del área social que cuenta con la preparación profesional necesaria completa y adecuada como lo es un Licenciado en Trabajo Social.

- El área de la salud pública y comunitaria es un terreno propicio para que el trabajador social desarrolle y ponga en práctica sus conocimientos y habilidades en el trabajo comunitario desarrollando una investigación social bien fundamentada y completa, metodológicamente estructurada, que muestre la realidad de la comunidad en estudio, para en base a ello elaborar planes y programas de asistencia y mejoramiento de la problemática detectada, organizando a la comunidad y estableciendo las coordinaciones necesarias con autoridades correspondientes para iniciar y mantener el desarrollo de la comunidad.

- Los programas gubernamentales en México tienen el grave problema de ser temporales y estar condicionados a planes sexenales, lo cual es causa del fracaso de muchos de ellos, o bien que durante sus etapas iniciales les den todo el apoyo y difusión necesaria y hasta exagerada para ponerlos de moda; para que a los meses siguientes o al cambio de sexenio, todo aquel aparato programático montado decline, se modifique, pase de moda y hasta desaparezca por decreto.

- El Programa de Atención Primaria de la Salud a las Areas Marginadas de las grandes urbes aplicado en el Distrito Federal y en particular en la colonia "Barrio Norte" fue un programa novedoso y de gran trascendencia política internacional para el momento histórico en el que apareció, poniendo a México a la vanguardia en materia de salud pública y saneamiento ambiental, con suficientes recursos materiales, humanos y financieros al principio, desarrollando a mediados de un sexenio necesitado de justificar de alguna manera los cuantiosos gastos públicos y el incremento de la deuda externa de nuestro país. Pero como todo programa sexenal, al finalizar la administración que le creó inicia su declinación, se bloquean presupuestos, se limitan recursos, se retrasa el cumplimiento de metas y no se solucionan los problemas de salud de las comunidades marginadas, poniendo en duda el

cumplimiento del objetivo general del Programa: Salud para todos en el año 2000.

- Los objetivos y metas del Programa de Saneamiento Ambiental, según la experiencia obtenida a lo largo de 3 años, son idealistas, mal estructuradas, basados en proyecciones estadísticas y no en datos reales; con programaciones de escritorio y metodología teórica muchas veces inoperante e inflexible, cuyos resultados oficiales fueron buenos durante el periodo de 1980 a 1982, pero que realmente no modificaron ni la conducta de la población ni mejoraron las condiciones del saneamiento ambiental en las áreas marginadas de nuestro país y puedo concluir que las áreas y comunidades que en 1980 se consideraron marginadas, en 1994 siguen y seguirán siendo marginadas, hasta que no haya un cambio de conducta, tanto en la población como en las autoridades correspondientes; debe haber saneamiento no sólo ambiental, sino también institucional.

De la experiencia profesional del Trabajador Social puedo emitir las siguientes conclusiones:

1) En relación a la problemática de saneamiento ambiental detectada se comprobó que es una situación multifactorial

resultado del crecimiento demográfico desproporcionado, mala planeación urbana, malos manejos administrativos, escasa voluntad política, ideología heterogénea de la población residente en las Áreas marginadas, etc. de muy difícil abordaje.

2) En relación a la intencionalidad de la aplicación del programa institucional, se considera que fue altamente política, tanto nacional como internacional y muy poca encaminada realmente al mejoramiento de las condiciones del saneamiento ambiental y al abatimiento de las tasas de morbilidad general.

3) En relación al quehacer profesional de la Trabajadora Social puedo afirmar que fue la gran oportunidad de demostrar la verdadera capacidad profesional inmersa en un universo social que ofrecía de manera real todo lo que había conocido en teoría y prácticas escolares, pero ahora con la responsabilidad y el compromiso institucional.

4) En relación al proceso metodológico utilizado concluyo que tuvo deficiencias, de las cuales algunas pudieron ajustarse o modificarse para tratar de cumplir objetivos, sin embargo, otras de ellas no fue posible modificarlas y se

realizaron siguiendo la metodología establecida en el programa.

P R O P U E S T A S

- Difundir en todas las instituciones oficiales y privadas el perfil exacto del Trabajador Social para que en base a ello programen funciones y actividades acordes a la preparación profesional.

- Ampliar los programas universitarios respecto al conocimiento de aspectos básicos de otras áreas, puesto que un Licenciado en Trabajo Social por necesidad debe relacionarse con profesionales de las más diversas áreas (médicos, odontólogos, enfermeras, arquitectos, abogados, ingenieros, profesores, investigadores, administradores, contadores, agrónomos, veterinarios, políticos, sacerdotes, etc.).

- Agregar en el plan de estudios de la carrera de Trabajo Social un taller obligatorio de investigación documental, ortografía y redacción.

- Promover la titulación inmediata al término del plan de estudios de la carrera para fortalecer nuestra profesión y exigir mejores puestos y salarios.

- Fomentar durante toda la carrera la inquietud por la investigación y sobre todo, fomentar el hábito de escribir

nuestras experiencias, resultados de investigaciones, propuestas y nuevas concepciones emanadas de la experiencia profesional propia. El Trabajo Social en México debe basarse en experiencias de Trabajadores Sociales Mexicanos.

- No sólo ser un explicador de la salud, sino un educador, preparado para desempeñar la compleja tarea de motivar, orientar y dirigir el proceso educativo, que le corresponde atender.

- Capacidad para establecer comunicación con la comunidad.

- Paciencia, ya que la educación es un proceso largo y continuo cuyos resultados no siempre están acordes con el esfuerzo y los recursos invertidos.

- Llevar un diario de campo de manera adecuada donde permita reportar las actividades y vivencias al momento de realizarlas, tomando en consideración los aspectos teóricos para su manejo y que sobre todo sea utilizado como tal, y no como cuaderno de notas.

- Vestir adecuadamente para trabajar en la comunidad, usar bata y gafete para ser identificados como personal de una

institución.

- Honestidad en el reporte de actividades diarias.
- Formar grupos de jóvenes interesados en mejorar su comunidad.
- Que el Trabajador Social busque siempre la superación profesional y actualización continua.
- No ser paternalista y enseñar a la comunidad que puede hacer mucho con sus propios recursos.
- Realizar actividades en coordinación con el presidente de colonia y líderes de la comunidad, y sobre todo no dejarse llevar por intereses particulares de los mismos.
- Motivar a los promotores voluntarios para amar a su comunidad y tener espíritu de superación para mejorar su nivel de vida con sus propios recursos.
- Implementar la educación para la salud como materia obligatoria en los diferentes niveles educativos.

- Motivar al personal de trabajo social con estímulos tales como: incremento salarial, capacitación continua, sistema escalafonario.

- Programar junto con el presidente de colonia, líderes formales y naturales actividades que realmente sirvan y mejoren la comunidad.

- Que exista supervisión continua de parte de los jefes de Trabajo Social, tanto del nivel direccional y jurisdiccional.

Mientras no se adquieran más conocimientos acerca de las relaciones fisiológicas y psicológicas del cuerpo humano al medio físico y social las normas de vivienda sólo serán aplicables a la región en que se adapten y a las condiciones sociales y económicas del momento.

Las palabras o mensajes expresados o transmitidos a base de verbalismo puro y frío, pueden reducir las posibilidades de que la gente tome conciencia de la promoción para la salud. En cambio una auténtica labor educativa y el dinamismo conduce más provechosamente a la transformación de las actitudes.

Para que un trabajador social cumpla su propósito es indispensable que sepa lo que va a enseñar, que lo sepa transmitir en forma adecuada y que refuerce lo enseñado con el testimonio de su conducta personal. Así independientemente de las técnicas auxiliares que utilice, sus características de personalidad serán definitivas para el éxito o fracaso del proceso de educación y promoción de la salud.

Las características del trabajador social educador ideal están determinadas por la consideración de que el proceso de enseñanza es básicamente una interrelación humana en la cual el primer requisito es que el educador sea aceptado por la comunidad. Lo que generalmente se logra mejor, si él posee las cualidad que en su medio se consideran como positivas: un estado físico saludable, una presencia agradable, vestir adecuadamente, y hablar con voz clara y apropiada, en cuanto a intensidad, timbre y modulación. Lo anterior unido a buenos modales, cortesía y simpatía sera suficiente para lograr esa primera aceptación.

La comunicación se establecerá más fácilmente si se adopta una actitud que inspire confianza, que muestre comprensión tolerancia, paciencia, que sepa estimular a la comunidad y le facilite su participación activa con expresión de su

creatividad, convirtiéndole incluso sus críticas hacia el propio educador. Así se debe establecer una situación didáctica entre el Trabajador Social y un grupo de personas a quienes se dirigirá un mensaje de salud.

La función principal de este profesionalista en la educación social es promoverla y organizarla, fomentando la coordinación del magisterio, autoridades, instituciones, líderes, grupos organizados y población general, para que articulen sus esfuerzos hacia un objetivo concreto y común.

B I B L I O G R A F I A

1. Ander Egg, Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social, Ed. El Ateneo, 10a. Ed. México D.F., 1991.
2. Ander Egg, Ezequiel, Introducción a las Técnicas en Investigación social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, Arg., 1980.
3. Ander Egg, Ezequiel, Odontología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad, Ed. Humanitas, 10a. Edición, Buenos Aires Arg., 1980.
4. Apodaca R., Ma. del Lourdes, La Sistematización en Trabajo Social, ENTS-UNAM, México, 1992.
5. Bermúdez, Salvador, Medicina Preventiva e Higiene, Ed. Porrúa, México, 1986.
6. Cerqueira Aleixo, Ma. Teresa. Guía Conceptual y Metodología para la Evaluación de Programas de Educación para la Salud, Secretaria de Salud, Dirección de Educación para la Salud, México, 1987.
7. Córdova A., Empleo, Desempleo y Marginalidad el Problema del Subdesarrollo Latinoamericano, Ed. Nuestro Tiempo, México, 1983.

8. Dirección General de Salud Pública del Distrito Federal, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Manual de Mejoramiento Ambiental, México, 1980.
9. Dirección General de Salud Pública del Distrito Federal, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Plan de Atención Primaria en Áreas Marginadas, Anexo 15, México, 1979.
10. Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal, Manual de Mejoramiento Ambiental, México, 1980.
11. Dirección General de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Manual de Procedimientos para el Personal de los Centros Comunitarios de Salud, México, 1978.
12. Dirección General de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Plan de Atención Primaria en Áreas Marginadas, México, 1979.
13. Escuela de Salud Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 80/Enf. 18, La Atención Primaria de Salud en México, México, 1980.
14. Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad Pública, Concepto de Marginalidad, México, 1978.

15. Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad Pública, 80/Enf. 22, Marginalidad, México, 1980.
16. Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad Pública, Marginalidad y Población Marginal. Conceptos, Anexo No. 2, México, 1980.
17. Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad Pública, Programa de Atención a la Salud en Poblaciones Marginadas en Grandes Urbes, México, 1980.
18. Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad Pública, 77/DyC 214, (9 y 10), Promoción de la Salud Dentro de la Comunidad, México, 1980.
19. Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad Pública, 80/Enf, 21, Situación de Salud en las Áreas Marginadas del Distrito Federal, México, 1980.
20. Gage Barragan J. y Cols., Manual de Normas de Educación para la Salud, Dirección General de Educación para la Salud, Primera Reunión Nacional Memorias, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1981.
21. Ponce de León, Esmeralda, Los Marginados de la Ciudad: La Educación en la Comunidad, México, Ed. Trillas, Centro de

Investigación para la Integración Social, 1981,
Reimpresión 1990.

22. Sánchez Rosado, Manuel, Elementos de Salud Pública, Ed.
Méndez Cervantes, 2a. Edición, México 1990, Distrito
Federal.

23. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dirección General
de Salud Pública en el Distrito Federal, Manual de
Saneamiento Ambiental, México 1979.

24. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional
de Trabajo Social, Revista de Trabajo Social 38, México
1989.



CLAVE DEL ESTABLECIMIENTO

expediente familiar

I. DATOS DE UBICACION DE LA FAMILIA

CALLE Y NUMERO

COLONIA

LOCALIDAD

FAMILIA

SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD

Nº DE EXPEDIENTE
FAMILIAR

RESPONSABLE DEL LLENADO



CENTRO COMUNITARIO DE SALUD _____

JURISDICCION SANITARIA _____

ZONA _____

MES _____

AÑO _____

I. PERSONAL QUE PARTICIPO

PERSONAL PARTICIPANTE	PLATICAS				DEMOSTRACIONES				ENTREVISTAS				T O T A L			
	EN EL CENTRO		FUERA DEL CENTRO		EN EL CENTRO		FUERA DEL CENTRO		EN EL CENTRO		FUERA DEL CENTRO		EN EL CENTRO		FUERA DEL CENTRO	
	N.	PER.S	N.	PER.S	N.	PER.S	N.	PER.S	N.	PER.S	N.	PER.S	N.	PER.S	N.	PER.S
DIRECTOR																
EPIDEMIOLOGO																
MEDICO																
CEFE DE ENF.																
SUP. DE ENF.																
AUX. DE ENF.																
TRABAJO SOCIAL																
HIG. DENTAL																
PROM. DE SANCAO																
ORIENT. PERSONAL																
EDUC. PARA LA SALUD																
PSICOLOGO																
PASANTES																
T O T A L																

II EDUCACION MASIVA

ACTIVIDADES	NO.
EXPOSICIONES REALIZADAS	
PERIODICOS MURALES	
TEATRO QUIÑOL	
VISITA DE GRUPOS	
PERIFONEO	NO. MENSAJES HORAS

IV INSTITUCIONES QUE COLAB

TIPO	NO.
ESCUELAS	
IGLESIAS	
MERCADOS	
DELEGACION	
SERVICIOS MEDICOS	
OTROS	

III CAPACITACION A GRUPOS

NO.	PERSONAL	NO. DE PERSONAS	DURACION

V MATERIAL DISTRIBUIDO

TIPO	CANTID.
VARIANTES	
CARTELES	
FOLLETOS	

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA EN EL D. F.
UNIDAD DE ATENCION PREVENTIVA
OFICINA DE MEJORAMIENTO AMBIENTAL .

FORMATO DE VISITA GENERAL

ANEXO (_____)

SOLICITUD DE VISITA

SERVICIO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

1. - DATOS DE LA PERSONA O GIRO A VISITAR _____

2. - MOTIVO DE LA VISITA _____

3. - SUBPROGRAMA AFECTADO _____

4. - SITUACION OBSERVADA _____

(DE SER NECESARIO CONTINUAR AL
REVERSO DE LA HOJA) .

5. - RECOMENDACIONES _____

6. - VISITA SUBSECUENTE NO ___ SI ___ FECHA : _____

PROMOTOR QUE REALIZO LA VISITA _____

RESPONSABLE DE GIRO VISITADO _____

NOMBRE Y FIRMA

FECHA DE REALIZACION _____

FAMILIA: _____
 APELLIDO PATERNO _____ MUNICIPIO _____

N° EXPEDIENTE FAMILIAR _____

II. COMPOSICION FAMILIAR

PROGRESIVO	NOMBRE	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO (DIA, MES AÑO)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	MOVIMIENTO DE PERSONAS INSCRITAS	
		M	F				ALTA (MES, AÑO)	BAJA (MES, AÑO)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

NOTA: * PARA ESTADO CIVIL UTILICE LAS SIGUIENTES CLAVES:

CONCEPTO	CLAVE
SOLTERO	S
CASADO	C
VIUDO	V
DIVORCIADO	D
UNION LIBRE	UL

FAMILIA:

APELLIDO PATERNO _____

FAMILIA _____

N° EXPEDIENTE FAMILIAR _____

IV. INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL) Y SU DISTRIBUCION.

A R O	INTEGRANTE DE LA FAMILIA (NOMBRE)	INGRESO TOTAL (EN PESOS SIN CENTAVOS)	DISTRIBUCION DEL INGRESO (EN PESOS SIN CENTAVOS)				
			VIVIENDA, AGUA, LUZ Y TELEFONO	ALIMEN- TACION	VESTIDO	TRAN- SPORTE	DIVERSION- ES
1 2. 3. 4. 5. 6.	1.		/	/	/	/	/
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	TOTAL:						
1 2. 3. 4. 5. 6.	1.		/	/	/	/	/
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	TOTAL:						
1 2. 3. 4. 5. 6.	1.		/	/	/	/	/
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	TOTAL:						
1 2. 3. 4. 5. 6.	1.		/	/	/	/	/
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	TOTAL:						
1 2. 3. 4. 5. 6.	1.		/	/	/	/	/
	2.						
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	TOTAL:						

FAMILIA: _____
APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ N° EXPEDIENTE FAMILIAR _____

V. NUTRICION

CONSUMO FAMILIAR DE GRASA, LECHE Y CARNE	
1. CONSUMO SEMANAL DE:	
MANTECA _____	gr.
ACEITE _____	ml.
2. DIAS A LA SEMANA QUE TOMAN LECHE _____	
CANTIDAD DIARIA _____	L.
CANTIDAD SEMANAL _____	Lts.
3. DIAS A LA SEMANA QUE COMEN CARNE _____	
CANTIDAD DIARIA _____	gr.
CANTIDAD SEMANAL _____	Kg.

NOTA: ESTOS DATOS NO SE CONCENTRAN EN EL DIAGNOSTICO DEL MODULO, YA QUE SE ENVIARAN POSTERIORMENTE AL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION PARA SU PROCESAMIENTO.

FAMILIA:

APELLIDO PATERNO

MATERNO

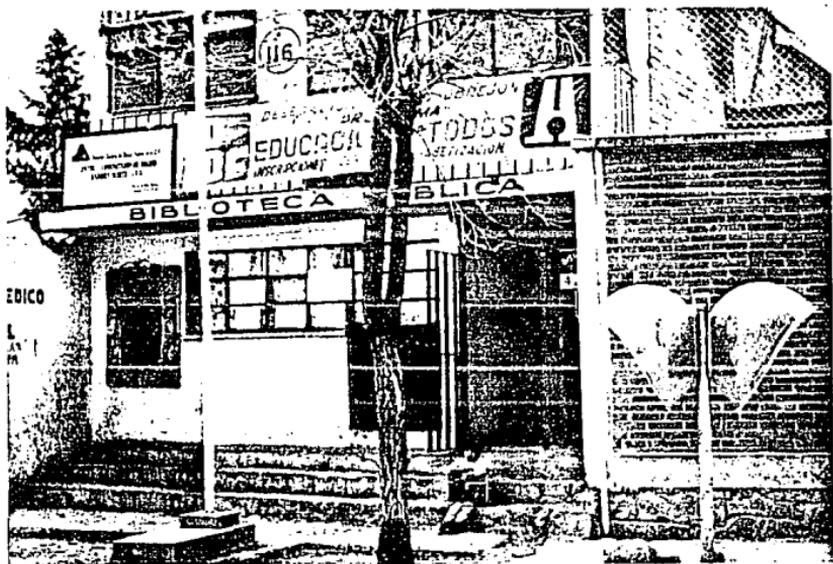
Nº EXPEDIENTE FAMILIAR

VI. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

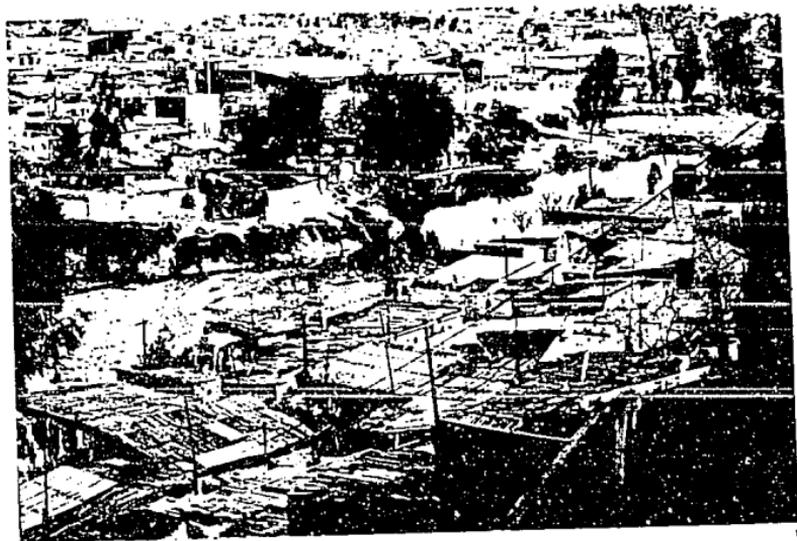
CONCEPTO		A Ñ O				
		19__	19__	19__	19__	19__
PISOS	Tierra					
	Concreto y Similares					
MUROS	Tierra					
	Adobe					
	Madera					
	Cartón					
	Lámina					
TECHOS	Concreto y Simil.					
	Teja y Similares					
	Lámina					
	Madera					
	Cartón					
No. de cuartos en la vivienda						
No. de habitantes por vivienda						
Cocina separada						
Baño separado						
No. de dormitorios separados						
Disponibilidad de agua entubada	Dentro de la viv.					
	Fuera de la viv.					
	Hidrante público					
Sin agua entubada						
Destino de aguas serv.	Con drenaje					
	Sin drenaje					



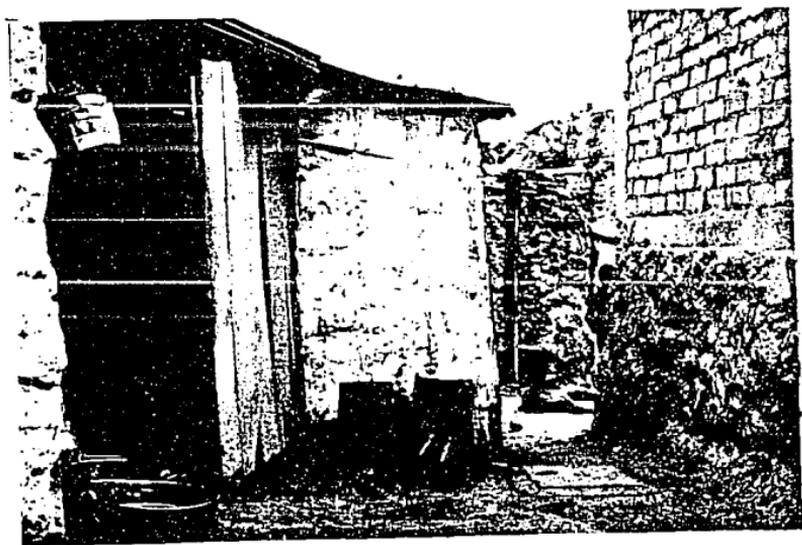
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD



CENTRO COMUNITARIO DE SALUD



TIPO DE VIVIENDA CARACTERISTICA



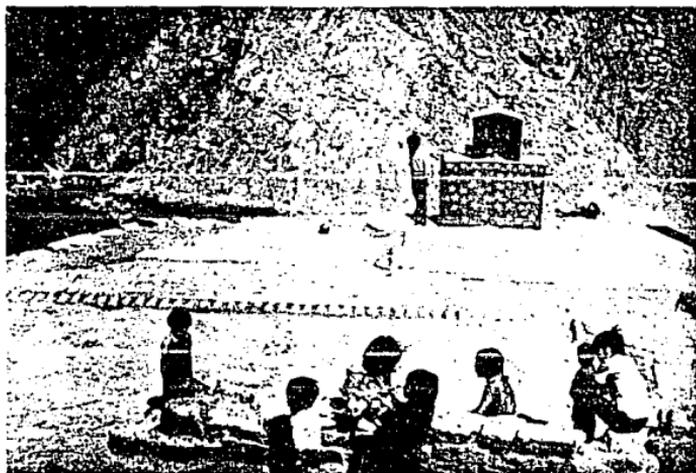


ELIMINATION OF EXPOSURES





BASURERO PUBLICO



ELIMINACION DEL BASURERO



ALMACENAMIENTO DEL AGUA



MERCADO DE LA COLONIA "BARRIO NOROCC"



TRABAJO SOCIAL EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS





TRABAJO DOMINICARIO

