

32
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ARAGÓN

CAMPUS ARAGÓN

CAPACITACION A DISTANCIA UNA
ESTRATEGIA PARA EL PROYECTO DE
SALUD COMUNITARIA
SSA/CONAFE

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PEDAGOGIA
PRESENTA:
ANGELA PEREZ GOMEZ

ASESOR DE TESIS:
LIC. ANTONIO CARRILLO AVELAR

San Juan de Aragón, Edo. de México,

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CON CARINO Y GRATITUD A MIS PADRES
QUIENES PENSARON QUE LA MEJOR
HERENCIA DE UN HIJO ES LA EDUCACION

A LOS PROFESORES AMIGOS Y COMPAÑEROS
DE TRABAJO, MI RECONOCIMIENTO A SU
APOYO Y COMPRESIÓN

INDICE

Presentación

Páginas

Introducción..... 1

Capítulo I. Política institucional de proyectos en salud y educación comunitaria

1.1. Antecedentes de Salud Pública en Comunidades Rurales..... 7

1.2. Contexto de Reforma Política y Modernización en los Programas de Salud
Comunitaria (1970-1980)..... 10

1.3. Contexto de las Instituciones Participantes (SSA/CONAFE)..... 19

Capítulo II. Modelo de Capacitación en el Proyecto de Salud Comunitaria SSA/CONAFE

2.1 El programa de salud comunitaria en zonas rurales marginadas-dispersas..... 24

2.2 Participación de las instituciones en la capacitación..... 36

2.3 Enfoque teórico-metodológico en la fase de capacitación..... 38

-Trascendencia y factibilidad del proceso de capacitación en el proyecto de
salud comunitaria SSA/CONAFE.....47

INDICE

Presentación

Páginas

Introducción..... 1

Capítulo I. Política institucional de proyectos en salud y educación comunitaria

1.1. Antecedentes de Salud Pública en Comunidades Rurales..... 7

1.2. Contexto de Reforma Política y Modernización en los Programas de Salud
Comunitaria (1970-1980)..... 10

1.3. Contexto de las Instituciones Participantes (SSA/CONAFE)..... 19

Capítulo II. Modelo de Capacitación en el Proyecto de Salud Comunitaria SSA/CONAFE

2.1 El programa de salud comunitaria en zonas rurales marginadas-dispersas..... 24

2.2 Participación de las instituciones en la capacitación..... 36

2.3 Enfoque teórico-metodológico en la fase de capacitación..... 38

-Trascendencia y factibilidad del proceso de capacitación en el proyecto de
salud comunitaria SSA/CONAFE.....47

**Capítulo III. La capacitación abierta y a distancia, proceso permanente en el
Proyecto de Salud Comunitaria SSA/CONAFE**

3.1	Algunas consideraciones en torno a la capacitación del trabajador de salud...	53
3.2	Concepto de capacitación en la modalidad abierta y a distancia, recurso educativo en el Proyecto de Salud Comunitaria.....	58
3.3	Capacitación abierta y a distancia, estrategia para el proyecto interinstitucional de salud comunitaria.....	61
	Conclusiones.....	70
	Bibliografía.....	75
	Anexos.	

INTRODUCCION

Cualquier tipo de investigación a realizar, requiere ser explícita en cuanto al qué y cómo para reconocer la esencia del fenómeno que permita aprenderlo en su totalidad;

*"... los niveles nos permiten comprender la totalidad como articulación dada... los momentos están referidos a la forma como se transforma la totalidad articulada"*¹

La apariencia e inmediatez se nos presenta como caótico. Sin embargo la intención es dar un orden rompiendo esto aparente, con la perspectiva de la totalidad donde el razonamiento implícite lo crítico, dando posibilidad de construir el objeto de estudio.

*"... la construcción de la totalidad histórica significa especificar las relaciones entre niveles de la totalidad en un momento dado...reconocerlos en la multiplicidad de la praxis..."*²

La construcción del objeto de estudio es en torno a la capacitación del trabajador de salud en el proyecto interinstitucional de salud comunitaria (CONAFE/SSA) denominado **"Extensión de las acciones de promoción y cuidado de la salud"** para comunidades rurales marginadas y dispersas.

Quienes atienden los servicios de salud y a su vez capacitan a las figuras del **Consejo Nacional de Fomento Educativo**, por acuerdos de coordinación con la **Secretaría de Salud**, en la **Dirección General de Promoción de la Salud (de Fomento de la Salud**, sexenio pasado) en participación de acciones preventivas, de

¹ Semelman, Hugo. *Uso crítico de la teoría*. Pág. 47.

² Semelman, Hugo. *Historia de política y conocimiento*. Pág. 46.

educación en salud y cursos comunitarios, no sólo en la comunidad escolar, también el **ámbito local**, conformado con otros sectores, organizaciones y grupos que interactúan en una colectividad.

El análisis requiere el contexto del proyecto interinstitucional, dando cuenta del hecho **político-social** y **económico** que se presenta, condiciones que hace necesario implementar una política estatal de bienestar social, recuperando en el discurso orientación y producción de servicios, las demandas y necesidades de una población rural que sobrevive en condiciones mínimas de existencia.

Política institucional que justifica la prestación de servicios y acciones propuestas en el proyecto, articulado al discurso oficial, imponiéndose así formas del cómo y para qué educación y salud comunitaria con población rural marginada.

Proyecto que involucre a dos instancias con prácticas legitimadas en atención a necesidades y carencias inmediatas de la población rural dispersa en el país.

El concepto del proyecto se fundamenta en dos componentes orientados hacia el bienestar social, derechos constitucionales de educación y salud, concretándose en servicios que produce la **Secretaría de Salud** y la **Secretaría de Educación Pública**. Por medio de los proyectos y programas comunitarios, niños en edad escolar, formas o modalidades que integren a los sujetos de la calidad, y otro con el fin de mejorar conocimientos, físico y mental en tanto prosiguen con sus actividades ocupacionales. Sin embargo el objetivo no se cumple dadas las condiciones materiales de existencia y el entorno en que sobrevive la población rural, quienes enfrentan entre otros problemas, el de salud individual y colectiva.

El modelo educativo del **Consejo Nacional de Fomento Educativo** concibe el proceso **enseñanza-aprendizaje**, en el marco de la educación comunitaria, promoviendo la práctica educativa el **agente externo o instructor comunitario**, y

el promotor-educador de salud, figuras clave en el desarrollo del proyecto. El primero se capacita pedagógicamente durante dos meses, lo que constituye un mareo general de carácter informativo, acerca del contexto institucional, programas y proyectos educativos y de salud que correspondan a la coordinación interinstitucional; en tanto el educador de salud se informa de manera general a través del documento del proyecto y materiales de educación de salud.

Proyecto interinstitucional que concibe a las dos instancias cuyo objetivo es distinto, pero incide sobre el mismo sujeto, y establece desde la planeación una coordinación que descienda al instrumentar el mismo, necesidad prioritaria por la complejidad de la estructura orgánica de ambas instancias que dificulta las acciones de capacitación, aunado a ello las diferencias conceptuales de **enseñanza-aprendizaje** manifiestas en el momento de la actividad educativa.

El proyecto de salud comunitaria contempla la promoción y cuidado de la salud, concretamente en los servicios y prestaciones de educación y salud bajo el supuesto de garantizar el cumplimiento del derecho; sin embargo la realidad contradice al dar cuenta de los índices de morbilidad y mortalidad en los habitantes de comunidades rurales, así como, en educación al problema de **analfabetismo y deserción escolar**, procesos imbricados que afectan al mismo sujeto.

Política estatal que corresponde a la formación social capitalista, integrada a su vez a políticas económicas internacionales, para mantener las relaciones sociales de producción con mano de obra barata, conformada por grupos marginados de algunas zonas rurales; campesinos desempleados.

La postura teórica de dependencia hace referencia a la división social del trabajo, en la estructura social que hace posible los niveles de desigualdad entre los individuos y la distribución de bienes y riqueza. División del trabajo determinada internacionalmente entre países dominantes caracterizados por el desarrollo

científico-técnico e industrial, obtenido por la subordinación de aquellos que exportan su materia prima, producción agrícola y manufactura, condición que limita la economía interna del país consecuencia de retraso y explotación. Desigualdad a su vez por la acumulación de capital y explotación del grupo dominante quien concentra los recursos del desarrollo social, hechos que se reproducen de forma interna en el país subordinado, orientándose la política social para sostener el sistema económico y la estabilidad social.

En relación a la teoría del desarrollo que postula la capacidad de carácter **"natural"** de evolución para aquellos países desarrollados y subdesarrollados estos últimos por la carencia de esta capacidad, precisan del aporte externo para llegar a los umbrales de la civilización. Supuesto que justifica el deterioro económico que atraviesa el país, característico en **América Latina** presentándose a mitad de la década de los años 50s con la crisis social, respuesta al carácter tradicional de la dirigencia política o clase dominante. Posibilidad de intervención directa a la política internacional con modelos de desarrollo dependiente en el aporte de capital externo para un desarrollo urbano e industrial, programas y proyectos que abordan el aspecto educativo que implica lo ideológico, legitimando conocimientos y saberes del modelo científico.

Modelo legitimado por la institución educativa que forma profesionales y técnicos bajo postulados teóricos definidos en el funcionalismo y el positivismo explicando al sujeto en forma parcial, aislado;

".. la enfermedad se ha interpretado como un fenómeno biológico individual, desligado de su causalidad social y psíquica... la relación que guarde el proceso salud-enfermedad, a nivel colectivo, con la organización social..."³

³Ortiz Q., Fererico. Salud en la pobreza. Ed. Nueva imagen. México, 1985.

Conocimientos transmitidos y manifestados en su actuar al abordar al sujeto como un objeto, al que se atiende la parte afectada o se cubre su necesidad, cumpliendo en las acciones de asistencia que cubre el programa institucional.

Finalmente, en otro sentido hago el reconocimiento a las instituciones (SSA/CONAFE) por la información brindada que hizo posible realizar este trabajo. Y especialmente a quienes colaboraron en los documentos que revisé sobre el Proyecto de Salud Comunitaria.

CAPITULO I

POLITICA INSTITUCIONAL DE PROYECTOS EN SALUD Y EDUCACION COMUNITARIA

Las instituciones producen, reproducen y fortalecen la ideología del sistema dominante, y se reconoce en los proyectos educativos y de salud, concretados en las prácticas y en otras esferas, como el proyecto económico que se articula y relaciona para justificar la realidad de los sectores de población marginados que carecen de servicios con necesidades esenciales que deterioran la calidad de vida del ser humano.

"...Las instituciones por el hecho mismo de existir también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada..."¹

Política institucional que legitima la práctica de salud en un modelo hegemónico que prioriza la atención curativa en los individuos por medio de tecnología avanzada, que corresponde a los intereses dominantes del modelo económico capitalista, y define el acceso de la población a los servicios sanitarios-asistenciales de la comunidad así como informa de manera exagerada sobre la dimensión individual de la salud y enfermedad. Que oculta o menosprecia la existencia del proceso colectivo de salud enfermedad que reproduce las condiciones sociales del sistema económico. Sin embargo se recuperan en el discurso de política social y se crean proyectos institucionales y consideran la salud y educación comunitaria que son aspectos esenciales de la vida de los sujetos.

¹ Berger, P. Luckmann T. La construcción social de la realidad, pág. 76.

1.1. Antecedentes de la Salud Pública en comunidades rurales (1950-1960).

La Salud Pública en nuestro país refiere las formas de prevenir enfermedades o padecimientos del hombre considerados de peligro en una población determinada, sujeta a las condiciones del medio y la estructura socioeconómica establecida por el lugar que ocupan los sujetos en las relaciones sociales de producción.

Las acciones de salud tienen un sustento legal considerado en un apartado de **"bienestar social"**² dirigido a la población, dando posibilidad de intervención al estado³ que legitima saberes y prácticas a través de la institucionalización⁴ creando instancias y servicios. Proponiendo integrar a los grupos subordinados y a los programas y proyectos, articulando el discurso oficial orientado por la política internacional en materia de salud que dice: **"igualdad de derechos en salud y educación"**⁵.

Sin embargo el modelo no corresponde a las necesidades y demandas reales de las mayorías considerados marginados urbanos y rurales incluye desempleados, trabajadores no especializados y campesinos no asalariados, estos últimos representados en una población rural característica del país.

En los años de la **cuarta década** cuando Salud Pública tienen importancia fundamental porque **el estado se consolida con la producción de servicios**⁶ a través de la institución de salud, cumpliendo el objetivo de recuperar y mantener la fuerza de trabajo principalmente en la industria. Institución que atiende en programas y prácticas institucionalizadas de salud⁷ desde la posición dominante.

² "las políticas de bienestar sólo se han efectivamente sociales cuando pasaron a desarrollar acciones existenciales..." Conferencia. La política social del estado neoliberal. UNAM, 1995.

³ *Ibidem*. Pp. 9-11.

⁴ Chamizo, Guerrero. El análisis institucional.

⁵ Hellberg, Hakan. Un proceso evolutivo. Rev. Salud Mundial, Ene-Feb, 1988, pág. 7.

⁶ Ortiz Quezada, Federico, et al. Vida y muerte del mexicano, Tomo I, pág. 44

⁷ *Ibidem*, pág. 50.

sin embargo en el transcurso de la década hay un incremento de servicios en la atención médica, destinándose la mayor parte de recursos en atención hospitalaria a problemas de salud, consecuencia de las condiciones de deterioro en la subsistencia material de los individuos. Situación que permanece y agudiza con el crecimiento demográfico y el estancamiento de la economía en el país⁸, propiciando un desfase que hace necesario reorientar las estrategias políticas en los primeros años de la sexta década. Con la reducción de presupuesto en el área de salud, con la detención prácticamente en producción de servicios de salud por el Estado⁹, aumentando su participación la iniciativa privada observándose el incremento de servicios particulares. Hechos significativos por el deterioro en la atención de las mayorías, con acceso a servicios que proporcionan las instituciones de servicios asistenciales, agudizando problemas de salud-enfermedad en zonas rurales "marginadas".

Proceso social en desfase con la política y el modelo económico impuesto en los años cincuenta, que agudizan las contradicciones manifiestas por la inconformidad y se organizan movimientos sociales al final de la década. Lo que hace posible que se den cambios al proyecto ideológico ahora denominado Proyecto de Reforma Política que interpela las demandas de las mayorías en el discurso populista, reitera una apertura democrática que constituye la "forma" de una participación social, discurso retórico que tiene el fin de ganar el consenso perdido por la desacreditación y credibilidad perdida en el gobierno.

"... Lo fundamental lo que está en crisis hoy en México es una forma de crecimiento, un esquema de desarrollo que se confirma a partir de los cincuenta..."¹⁰

⁸ Guevara Niebla, Gilberto. La crisis de educación superior en México. Pp. 23-57.

⁹ *Ibidem.* pág. 45.

¹⁰ González Casanova, Pablo, et al. México hoy, pág. 22.

Política que considera en el bienestar social a la salud y educación, en planes y programas más en sentido demagógico reconociendo los problemas de salud y educativos en la población rural y marginada, elaborando planteamientos y propuestas, empleadas para mediatizar las condiciones económicas, sociales y políticas del país. **(Plan Nacional de Desarrollo)**¹¹

En conclusión el hecho histórico-social que se inicia en el gobierno de Cárdenas con la centralización y planificación de servicios asistenciales, consolidando la institución de salud. Siguiendo la política sanitarista por medio de actividades específicas como campañas masivas de vacunación o de información que transmite saberes desde la posición hegemónica. A través del trabajador de la salud quien promueve la integración de la comunidad a los proyectos identificando líderes o agentes educativos, política que sigue dándose hasta estos momentos con algunas variantes.

¹¹ *ibidem.* pág. 30.

1.2. Contexto de reforma política y modernización en los programas de salud comunitaria (1970-1980).

El modelo económico de "desarrollo estabilizador" en los inicios del sexenio de 1970, fue el momento de transición que se caracterizó por la crisis económica y política lo que permite realizar reformas al modelo económico. Y no es posible continuar en el mismo patrón de acumulación que tiene consecuencias directas en sectores de población rural; (campesinos, asalariados, no asalariados y desempleados), crisis política por la pérdida del consenso ideológico.

"...en la disminución del ritmo de crecimiento... -se explica en gran parte- con el decaimiento de la inversión privada. Estos dos elementos han producido un aumento notable del desempleo abierto de la fuerza de trabajo en México a partir de 1971-1972".¹²

Hechos que se relacionan a la economía agrícola, siempre con cambios en la tendencia y uso de la tierra; relación cambiante con respecto al mercado monetario, desprendiéndose entonces, problemas que agudizan la situación de sobrevivencia de la población rural marginada o en extrema pobreza; evidenciándose la desigualdad en todos los órdenes de la vida que tiene el sector rural. Desigualdad que deteriora la calidad y nivel de vida en las mayorías propiciándose la movilización social.

Movilización social que estalla con la manifestación más clara del agotamiento del modelo económico, lo que conlleva una modificación a la orientación y la estrategia política, retomando las demandas y descontentos como la respuesta a las mayorías para recuperar la credibilidad y el consenso perdidos.

¹² Hernández H., Jesús, La política del Estado Mexicano. 1970-1976. Cap. I.

Se orienta la política social hacia un proyecto ideológico del estado, en un contenido de Reforma y Nacionalismo Político y la reorientación económica¹³, dirigida hacia la industria de crecimiento externo, el fortalecimiento de infraestructura, la producción de bienes y servicios, el bienestar social y la educación.

En tanto que, el ritmo de producción campesina disminuyó aún con el apoyo del estado debido al cambio de estructuras en los cultivos por forrajes y pastizales, que erosiona la tierra además el despojo de sus tierras por intereses de capital agrícola cuyas utilidades son reinvertidas en las de tipo capitalista más rentable.

Situación que forma parte de las condiciones concretas e históricas del **sector rural-campesino** y refiere la problemática social, (carencia y necesidad de servicios de salud, vivienda, empleo, etc.) siendo más aguda en zonas rurales marginadas. Consideradas en programas y proyectos para la atención de las necesidades de la población, continuidad de otros, dados en las décadas anteriores, fundamentados en la experiencia de programas de extensión agrícola y el de misiones culturales¹⁴, el primero es modelo importado de **E.U. a América Latina** para apoyo técnico, tratando de mejorar el proceso de producción y la producción misma del campesino. Sin embargo los pequeños campesinos no obtuvieron los beneficios por diversas dificultades en el crédito tenencia y uso de la tierra; favoreciendo el crecimiento económico de ciertos sectores de población, que propicia una diferencia entre áreas rurales y urbanas principalmente en relación a la salud y el comportamiento demográfico, por la emigración de los campesinos rurales hacia la ciudad.

Modo de producción capitalista que prevalece e implica un proceso de trabajo donde existe un nivel de desarrollo de las fuerzas productivas articulando el

¹³ Ibidem. pág. 23.

¹⁴ Labelle Thomas, J. Educación no formal y cambio social en América Latina. Pp. 173-187.

proceso social que implica la salud-enfermedad individual y colectiva de la población. Observándose en el deterioro de las condiciones de salud en los sujetos acorde al lugar que ocupe en la división social del trabajo (el nivel de salud, bienestar físico, mental y social, la calidad y el nivel de vida del individuo) que enferman y mueren de modo distinto.

"... constituyen el elemento dinámico del proceso de desarrollo, las relaciones de producción quienes determinan como la riqueza se distribuye en el cuerpo social y como se estructura la sociedad para usufructuar de esta riqueza".¹⁵

El agotamiento del modelo económico de los años 70s y la evidencia del deterioro progresivo de la economía del país, hace posible la intervención del estado a través de proyectos de política social, orientada al bienestar social, que comprende a la vivienda, empleo, educación y salud principalmente al producir servicios y la atención médica como una de sus actividades bajo el sentido de modificar la reproducción de la fuerza de trabajo y mantener a la población no trabajadora en condiciones mínimas de salud.

El estado desarrolla planes y programas dirigidos a zonas rurales ante la pérdida de la eficacia en las formas tradicionales de sujeción y control de las clases populares, manifestadas ya desde la década anterior. Crisis de legitimación que implica la adaptación de políticas de salud, rescatando en cierta medida la imagen de un estado benefactor. Política de salud establecida en el **Plan Nacional de Salud**¹⁶ Documento demagógico con propósitos imposibles de realizar en su instrumentación de normas o definiciones de estrategias reales; por la deficiencia técnica de su elaboración y fundamentalmente en la carencia de una base que sustente la implantación.

¹⁵ Bosco Pinto, J. La educación de adultos y el desarrollo rural. pág. 78.

¹⁶ SSA. Plan Nacional de Salud. México, 1973.

*"... siguen dominando las características básicas del modelo médico hegemónico... la práctica casi excluyente sigue siendo la curativa en las principales instituciones del sector público... persistiendo la mortalidad y la atención desiguales..."*¹⁷

Realidad donde no es viable, dadas las condiciones económico-políticas, en que se encuentra el país, por lo tanto se desconoce en la SSA, porque algunos grupos generados en la reestructuración del poder en el cambio de la administración se han quedado fuera o se han redefinido. Por otro lado en sus propias dependencias se elabora un **Programa de extensión de cobertura de los servicios de salud al medio rural y suburbano**, cuyo objetivo fundamental era prestar atención en salud en localidades de **500 a 2500 habitantes** (casa de salud auxiliar, voluntaria de la comunidad y comité de salud por localidad sede). Además se formula un **Programa de Orientación Familiar (1973)** y el de **Solidaridad Social del IMSS-CONASUPO** con alcances muy cortos, resurgiendo a mediados de **1979** por el **Programa de IMSS-COPLAMAR** al proporcionar atención médica bajo el supuesto de ampliar al medio rural la cobertura del servicio.

"... a fines de 1978 y principios de 1979 se dan algunos hechos que perfilan tendencias definidas de la política asistencial del estado... Se negoció un convenio entre IMSS y la coordinación general del Plan Nacional de zonas deprimidas y grupos marginados (COPLAMAR), por medio de cual se acuerda agregar, entre 1979-1981, 1690 unidades médicas rurales y 22 clínicas hospitalarias de campo..."¹⁸

Es así, como el estado se responsabiliza de proporcionar los servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud, como el derecho a la salud de todos los mexicanos, postulado que se ajusta sólo al discurso político y asumen el

¹⁷ Almada B., Ignacio, et al. Salud y crisis en México. pág. 227.

¹⁸ Ortiz Quezada, Federico. Vida y muerte del Mexicano. Pág. 91.

compromiso a través de la SSA de otorgar servicios médicos a dos terceras partes de la población mexicana.

*"... La salud de las masas campesinas queda asignada a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados..."*¹⁹

Servicios de Salud Pública que sufren de una cierta dispersión y de caracterizarse por el atraso en el saneamiento dadas las exigencias modernas de acciones integrales en la protección de la salud colectiva. Sin embargo hay que considerar el servicio y atención de los problemas o necesidades de salud a población campesina que no responden a la totalidad del grupo, calidad del servicio en el quehacer cotidiano.

*"... necesidades de salud de la población que no reconoce el modelo de atención ni la planeación... suelen citarse como justificación para difundir los programas de salud y no se toman en cuenta para la asignación de recursos"*²⁰

Política social dirigida a los habitantes de zonas rurales marginadas-dispersas que atienden el área de salud en proyectos que implicitan conocimientos y saberes: concepción dominante del **proceso salud-enfermedad**, pero producto más de las condiciones materiales de existencia de los sujetos por lo tanto el estado reconoce a la salud como el valor social reivindicando a la población en el ámbito político.

"... la ideología constituye un todo determinado en el que se mezclan ideas, normas y creencias... que no se distinguen entre sí y que parecen todas dictadas por la divinidad de la naturaleza que imponen siempre una distinción y

¹⁹ López A., Daniel. La salud desigual en México. Pág. 541.

²⁰ Llerena, Carlos. Modelo de atención primaria a la salud. Pág. 541.

jerarquización entre los hombres, cuya diferenciación favorece siempre a unos cuantos".²¹

Los proyectos de salud contienen acciones tendientes a la curación del daño y prevención de enfermedades o problemas de salud, es decir atención médica, campañas de vacunación o información a los habitantes de las comunidades y a la organización así como la participación de estos, bajo el supuesto de brindar educación para la salud. **Educación para la Salud** se considera en el documento del **Plan Nacional de Salud** creado en el sexenio de Echeverría periodo comprendido hasta el año de 1983, con el siguiente gobierno. Promoviendo el desarrollo con la participación de la población individual-colectiva en programas de bienestar social.

Las estrategias de proyectos abordan, la participación comunitaria y la coordinación intersectorial, como la forma de alcanzar el objetivo de dar educación para la salud por medio de los trabajadores de la salud y los promotores institucionales y voluntarios:

"... son los referidos a la atención primaria y participación comunitaria por un lado y las propuestas de descentralización de los servicios de salud, centrando en unidades municipales las funciones y actividades aplicativas, por el otro".²²

Estrategias de participación comunitaria que forman parte de políticas impuestas en décadas anteriores en el otorgamiento de créditos al país (**ALPRO** en la década de los 60s) por el **Fondo Monetario Internacional** en diferentes sectores de servicios y producción. El área de salud recibe presupuesto dirigido a programas en desarrollo, que posteriormente son afectados por medidas de reajuste en el gasto público, dándose prioridad a programas de reducción en el crecimiento poblacional con énfasis en educación para la salud a población de todos los sectores, para

²¹ Córdova, Arnoldo. Política ideológica dominante. Pp. 33-35.

²² Menéndez L., Eduardo. Salud y crisis. Pág. 228.

alcanzar el "desarrollo", acorde a los objetivos de Organismos Internacionales de Salud, quienes establecen la definición de educación para la salud en 1981, con la reunión técnica de la OMS:

"... la serie de métodos, medios y técnicas dirigidas a obtener la amplia y dividida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de la colectividad...".²³

Política que desarrolla el modelo de Atención Primaria a la Salud²⁴ auspiciado por los organismos internacionales de salud (OMS-UNICEF); Cuya intención es satisfacer las necesidades en salud de las mayorías, con un enfoque de asistencia sanitaria, en el uso de métodos y tecnologías prácticas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad a través de la participación plena.

Estrategia de programas en salud que lleva lo más cerca posible los servicios, significa entonces el primer contacto con los individuos, la familia y la comunidad, comprende las actividades de "promoción" que contiene educación para la salud.

"El componente educativo en las propuestas de desarrollo rural es reconocido y se ha notado la necesidad de superar la simple asistencia técnica. La comprensión de ésta como parte de un proceso educativo mucho más amplio puede ser anotado como acierto de la educación popular".²⁵

Es así como el estado crea programas acorde a las políticas de salud vinculadas al desarrollo comunitario en coordinación intersectorial que con frecuencia fueron o están formando parte de otros programas y proyectos, el caso de educación básica en adultos, extensión agrícola y desarrollo comunitario.

²³ O.P.S. Discusiones técnicas. Educación comunitaria en salud: "evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias". Boletín. 1981. Pág. 29

²⁴ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud. Auspiciada por la OMS-UNICEF, del 6 al 12 de Septiembre de 1978, representando a 140 naciones en Alma Ata, Kosa Kstn, ex URSS.

²⁵ Giaotten Vera y Wit de Ton. Promoción rural. Mitos, realidades y perspectivas. Pág. 198.

El sentido educativo de salud implícito en los programas queda limitado a un mínimo y un máximo de información corta y precisa, para algunos casos el sistema de radio fue quizá el medio más efectivo.

*“Los medios de comunicación forman parte de los aparatos culturales del sistema, por lo que son materia de los mecanismos de control social...”*²⁶

El desarrollo comunitario se integra a proyectos de salud y educación para un desarrollo regional o local por medios no formales, contando con apoyo financiero y técnico de organismos internacionales, centrándose en resolución de problemas internos y hacia adentro con modelos y dinero prestado.²⁷

*“... Los programas de desarrollo de la comunidad fueron ampliamente proporcionados por las Naciones Unidas desde mediados de 1950...”*²⁸

El área de salud dirige sus esfuerzos hacia el control natal, y en lo educativo impone la necesidad del uso de tecnología educativa, modernización que pretende alcanzar el objetivo del cambio de conductas por medio de sistemas menos costosos pero más eficientes.

Los programas de extensión que involucran el **área agrícola, educativa y de salud**, abordan los problemas de salud con atención curativa, y prevención de enfermedades, utilizando para ello la estrategia de **“promoción”** que supone el hecho de educar en salud con la práctica que realizan los trabajadores de salud y los promotores. Quienes enfrentan en lo cotidiano los problemas de la comunidad,

²⁶ Díaz L., Laura. Comunicación para la salud: su propósito educativo. Pág. 100.

²⁷ “... su carácter polítipopedagógico y el énfasis puesto en la educación de los líderes de la comunidad de los maestros, los trabajadores de la salud, los administradores, los dirigentes de las instituciones de base, es decir, los intelectuales subalternos...” Puiggros, Adriana. Imperialismo: Educación en América Latina. Pág. 159.

²⁸ Algara, Ignacio. El concepto y práctica de la promoción social en México. Pág. 339

agente externo²⁹ que realiza la actividad de organización, coordinación e identificación de líderes.

Proyectos de salud del estado impuesto ante la **crisis económico-social**, dando prioridad a la atención de salud de las mayorías y la búsqueda de otras formas para la organización de los servicios y la metodología de trabajo. La segunda involucra aquellos proyectos de coordinación intersectorial e interinstitucional en programas de extensión y reforma política. **programas de extensión en áreas rurales**, prioritariamente en obras de infraestructura económica y saneamiento básico; programas "**atención indirecta a la salud**" o de prevención primaria. Suponiendo un proceso educativo que subyace en las estrategias de promoción de la salud, cumpliendo las funciones que garantizan la organización y logre instrumentarse, al rebasar los marcos de la mera sobrevivencia de grupos populares; el objeto es apoyar en la resolución de problemas individuales y comunitarios de salud.

Se aborda a la **participación comunitaria** como estrategia del proceso que debe ser promovido por las instituciones de salud en programas de organización de la comunidad y la capacitación a la población para el cuidado de su salud; sin embargo la comunidad tiene su propia organización social por lo tanto el antecedente debe ser considerado por el agente externo porque puede y no ser el beneficio para el desarrollo del programa.

Estrategia de participación comunitaria dirigida en forma vertical, lo que obstaculiza una participación activa, porque arriesga la estabilidad social. Pero en décadas recientes y actualmente hay experiencias de organizaciones sociales que rebasan el control institucional, dado que la población civil responde ante

²⁹ ... confían igualmente en la educación para promover el cambio social y recurren a promotores y facilitadores como agentes de cambio...". Labelle Thomas, J. Educación no formal y cambio social en América Latina. Pág. 113.

situaciones de peligro, actuando ante los problemas y riesgos que afectan la supervivencia humana.

1.3. Contexto de las instituciones participantes (SSA/CONAFE).

El ámbito institucional está determinado y determina las prácticas que legitima en la estructura de servicios, complejidad que hace más problemático la práctica interinstitucional, porque los objetivos y tareas son distintos, aunque dirigidos a la misma población tomados como objetos fragmentados donde cada una dirige y realiza la parte que le corresponde en su actividad.

La actividad de cada una de las instituciones se define en la práctica social, proporcionando servicios por medio del "agente o promotor institucional", quienes desarrollan las actividades en y con la comunidad. Instancias que atienden los problemas y las necesidades en servicios de salud y educación a población rural dispersa, con la participación comunitaria entendida como la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, a través de la educación comunitaria en los propósitos de los cursos escolares y comunitarios.

El campo de acción en cada organismo es distinto; el **Consejo Nacional de Fomento Educativo** tiene el objetivo de impartir educación a población rural dispersa, en tanto que la **Secretaría de Salud**³⁰ cumple a través de la **Dirección General de Fomento de la Salud** el propósito de fomentar y promover la prevención y educación de para la salud a una población más amplia de zonas urbanas y rurales.

- Contexto institucional del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).

Por decreto presidencial en 1971 fue creado el **Consejo Nacional de Fomento Educativo**, como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y

³⁰ En el presente sexenio cambio el nombre a "Dirección General de Promoción de la Salud".

patrimonio propio³¹. Institución representativa de la política educativa de 1970; intentó cubrir el aspecto de la extensión de servicios educativos a la población rural marginada-dispersa, aislada. Se apropia de las experiencias en la Escuela Rural Mexicana y Misiones culturales, continuidad en la Reforma Educativa con el propósito de recuperar la reducción de atención educativa en comunidades campesinas e indígenas.

"... la Escuela Rural Mexicana se concibe como un servicio a la comunidad como un todo... es la responsabilidad de organizar, orientar y canalizar las actividades comunitarias, con jóvenes y adultos en todas las manifestaciones de la vida social"³²

Reforma Educativa que propone las modalidades tanto formal y no formal que retoma el consejo de Fomento Educativo estableciendo, la educación básica y no formal esta legítima por medio de cursos comunitarios que integran los aspectos de vivienda, educación, salud, empleo, etc., **para jóvenes y adultos desde 1975.**

El **Consejo Nacional de Fomento Educativo** en 1981 expide un decreto que amplía sus facultades para la difusión de la cultura mexicana en el exterior y apropiarse de recursos complementarios; económicos y técnicos nacionales y extranjeros para aplicarlos al mejor desarrollo de la educación en el país.

Con respecto a las atribuciones que corresponde al proyecto interinstitucional de salud comunitaria; son el desarrollo, implementación, operación y evaluación de nuevos modelos educativos. Participando con las instituciones públicas, vinculados en educación para la salud, fomentando la corresponsabilidad. Y la creación, desarrollo de medios de participación social ampliando las oportunidades de

³¹ DCTO. 19 años apoyando la labor educativa del país. CONAFE. México. 1990.

³² Ibidem. Pág. 139.

educación que colaboren con las **Entidades Federativas** en servicios de apoyo a programas prioritarios.

El quehacer educativo, en el marco de educación comunitaria investiga, desarrolla y evalúa modelos educativos. Así también es un apoyo al sector educativo a través de prestar servicios a programas en educación y cultura.

El estado proporciona educación en pequeñas comunidades rurales de muy difícil acceso y escasa población a los cuales no se les había proporcionado el servicio educativo regular, situación que contempla el **Programa de Modernización Educativa**, desarrollando acciones de diseño y operación de modelos educativos que corresponden a las características y necesidades de este sector en la sociedad.

El objetivo a cumplirse será por medio de los programas, cursos comunitarios³³ y financiamiento educativo rural al impartir educación primaria y preescolar a niños y jóvenes que no cuentan con el servicio de primaria y secundaria que requieren.

Finalmente las funciones del consejo Nacional de Fomento Educativo son de carácter supletorio, es decir se retira el servicio cuando en la comunidad se puede instalar una escuela federal o estatal.

La coordinación interinstitucional como apoyo al sector educativo y contempla el trabajo en distintas áreas una de ellas lo de bienestar social coordinando sus acciones con otras dependencias públicas o privadas.

- Contexto institucional de la Secretaría de Salud-Dirección General de Fomento de la Salud (SSA-DGFS).

³³ "El sistema de Cursos Comunitarios se organiza en 1971 para dar un servicio de educación comunitaria, tomando algunas ideas de las escuelas rurales y adaptándolas a las condiciones actuales del país". CONAFE. Dialogar y descubrir, Pág. 17.

La política de bienestar social del estado mexicano se encuentra en el **Plan Nacional de Salud y con base a las estrategias generales del Plan Nacional de Salud 1990-1994 que constituye la estrategia operativa** para alcanzar los objetivos y metas señaladas en los campos de salud y la asistencia social que señala como políticas básicas; fomento de la cultura de la salud, acceso a los servicios, prevención y control de enfermedades, protección del medio ambiente, saneamiento básico, contribución a la regulación del crecimiento demográfico e impulso a la asistencia social; discurso que se pronuncia a favor de la salud como un medio para lograr el desarrollo socioeconómico. Con apoyo en la estrategia operativa de fortalecimientos en los Sistemas locales de Salud en el desarrollo de la Jurisdicción

Es a través de la estructura orgánica donde se ubica la Dirección General de Fomento de la Salud, institución de salud que legitima la práctica en salud, proponiendo favorecer, impulsar el fomento de la salud como eje fundamental de la estrategia básica, y facilite a la población para alcanzar un estado de salud individual, colectivo y ambiental con mayor equidad y calidad.

Las instituciones ejercen las prácticas legitimadoras de saberes que controlan los comportamientos manteniendo el orden social necesario para el sistema productivo, privilegiando intereses dominantes. Estas instancias atienden aspectos que corresponden por naturaleza al ser humano, por medio de servicios y el promotor institucional reproduciendo las ideas dominantes sobre la salud y educación específicamente del proyecto institucional de salud comunitaria. El sujeto se concibe de forma fragmentada por las instituciones, contradicción que se observa en los planteamientos del proyecto sobre desarrollo integral ya que en realidad sólo atiende el aspecto que le corresponde, aunque exista a nivel discurso la propuesta; permitiendo estas coordinaciones intervenir en su ámbito aplicando las acciones en los grupos de población que controla.

CAPITULO II

MODELO DE CAPACITACION EN EL PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA SSA/CONAFE

Abordar el modelo de capacitación en el proyecto de salud comunitaria, es incursionar en aspectos económicos, políticos y sociales implícitos, que orientan las acciones a realizar para el desarrollo de tareas en el proyecto de salud comunitaria.

La complejidad de la realidad está más en la intervención de dos instancias con campos de acción³⁴ distintos pero dirigidos a la misma población rural y dispersa. Situación donde inciden los factores económico-políticos, agudizando la problemática de estos grupos, orientándose entonces el proyecto y por ende las acciones a desarrollar.

Un problema esencial de la institución pública es la capacitación de sus trabajadores en el desempeño y desarrollo profesional, así como, el incremento de conocimientos y recuperación de experiencias y habilidades perdidas por la práctica cotidiana.

Propiciar la formación de promotor-educador, es un fin que persigue por el desarrollo de habilidades para la investigación que propicie el pensar respuestas ante problemáticas enfrentadas en su cotidianeidad como sujeto y trabajador de la salud.

³⁴ "... universos simbólicos producidos por cualquier sociedad, reúnen la más amplia cantidad de afirmaciones de tipo interpretativo y "de justificación" sobre el mundo, las personas y la sociedad". Barreiro, Educación popular y proceso de concientización. Julio. Pág. 109.

Recuperar las experiencias, producto de las actividades desarrolladas por el trabajador de la salud y los agentes de cambio, tiene la finalidad de valorar la capacitación, en correspondencia a los objetivos y las metas propuestas desde la planeación del proyecto. También la magnitud del problema o resultado y comparar con lo esperado, para las resoluciones y toma de decisiones que den continuidad al proyecto.

Los factores de política social tienen el antecedente en el modelo económico de desarrollo impuesto desde la década de los 70s teniendo una presencia actual. Momento histórico que se caracteriza por las demandas e inconformidades de las mayorías, por una imposición que agrede a su condición de sujeto pensante.

Política estatal que propone para ese momento las reformas en un discurso demagógico sobre los derechos a la salud y educación, con implementación de programas y creación de instancias para atender aquellas "necesidades sentidas" en la mayoría de la población.

Por lo tanto, el modelo económico tiene como objetivo alcanzar el desarrollo³⁵ provocando la disminución de recursos financieros destinados a los programas de bienestar social y para salud y educación se da en la reorientación de los servicios públicos y el modelo de atención. Siguiendo la línea política-social de organismos internacionales (OPS, OMS, UNESCO, etc.) expertos en salud y educación posibilidad de incidir ideológicamente sobre la postura hegemónica que justifique las condiciones mínimas de vida en los sujetos pertenecientes a comunidades rurales marginadas ahora denominadas en extrema pobreza.

³⁵ "... concibe la educación como un mecanismo básico para lograr el progreso hacia el equilibrio. La cohesión social en torno a los valores y el sistema normativo constituye la ase del orden social capitalista..."
Pulgros, Adriana. Imperialismo y educación en América Latina. Pág. 112.

Política social que aborda la realidad en proyectos político-pedagógicos reconociendo demandas y necesidades de población rural. En un proyecto modernizador que reitera la apertura democrática, la reforma política (participación social) más en sentido demagógico legitimando la práctica de salud pública y educación para que atiendan las demandas de los sectores "marginados" de los servicios, con altos índices de enfermedad-muerte y analfabetismo, condiciones que agudizan los problemas que enfrenta la población entre otros.

La instancia educativa del Consejo Nacional de Fomento Educativo propone el modelo de educación comunitaria para recuperar la experiencia de educación rural atendiendo los grupos de población carentes de servicios educativos destinando recursos a través de un marco jurídico en el sistema Nacional Educativo bajo la línea de participación social y la Secretaría de Salud en la cobertura poblacional, se hace llegar a los individuos, grupos y comunidades el servicio de salud en el modelo de Atención Primaria a la Salud estrategia propuesta en la Conferencia Internacional en Alma Ata en 1978 auspiciada por la OMS y la UNICEF.

El modelo de atención en salud en el primer nivel establece un primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con un servicio de salud y comprende actividades de educación para la salud y promoción en programas de nutrición, saneamiento básico, planificación familiar, enfermedades transmisibles y no transmisibles, con participación comunitaria. Imponiéndose la concepción dominante del modelo apoyándose en el Plan Nacional de Salud y los principios del Sistema Nacional de Salud.

Por lo tanto un modelo representa una situación ideal, pero confrontado con la realidad resulta evidente que las condiciones propician o no un desarrollo adecuado del proyecto. Otro punto es la concepción del hombre y lo teórico-metodológico del conocimiento sustento del trabajo cotidiano de las instituciones SSA-CONAFE, y cada una tiene contextos diferentes que trascienden con la práctica. Contradicción

que responde a la discusión epistemológica de las ciencias exactas y las ciencias sociales o de humanidades donde el aspecto salud se ubica en las primeras y lo educativo en las segundas. De ahí la problemática de capacitación evidenciando la contraposición en los supuestos básicos retomados para el proyecto.

Sin embargo los dos aspectos quedan fragmentados desde el planteamiento del objetivo general: "contribuir al desarrollo integral de los habitantes en comunidades rurales dispersas...".³⁶

Finalmente el quehacer humano, tiene un resultado y un objetivo o meta que requiere de saber el grado de eficacia en el campo político, económico o social, sin embargo el efecto está en todos, cobrando una relevancia especial para la acción social.

Dado que las tareas educativas y de salud requieren de saber resultados no sólo cuantitativos también cualitativos de las acciones enfocadas a población rural con características de marginalidad, y dispersas de difícil acceso.

Implícitamente se encuentra un interés político³⁷ que justifica la intervención del estado determinando a través de las instancias públicas el cómo, cuándo, qué y quiénes capacitar para desarrollar las actividades del proyecto.

³⁶ Proyecto especial para la extensión de las acciones de promoción y cuidado de la salud por medio de los instructores comunitarios del Consejo Nacional de Fomento Educativo. DOCTO. MIMEO.

³⁷ "... actitud de política; actividad afectada y de efectos políticos (intereses que sirven y como son representados en ella)...". Popkewitz, T. S. Algunos problemas y problemáticas en la producción de la evaluación. Revista de educación N° 279.

2.1. El programa de salud comunitaria en zonas rurales marginadas-dispersas

Las instituciones determinan y son determinantes de un cierto orden social establecido en la sociedad y refiere la normatividad presentada al individuo, con validez e instituido por encima de su actuar. Es así como en las instituciones se produce, reproduce y fortalece la ideología del sistema dominante. La función es ocultar la realidad del sistema económico capitalista que prevalece, para lograr la cohesión del grupo; ideología que corresponde al interés de clase hegemónica donde el estado cumple el papel de mediador, proponiendo a través de la política social, programas y proyectos en distintas áreas de tipo social retomando demandas y necesidades de las mayorías. Lo que justifica las condiciones de vida en los sujetos en el modo de producción y las acciones derivadas de la política social, desconociendo la realidad de la población, imponiendo las ideas desde las instituciones que controlan y vigilan el actuar de los individuos a quienes atiende.

Política que orienta las acciones, bajo el sustento del derecho a un mínimo de bienestar y corresponde al estado disponer en materia de salud y educación, por medio de un documento (Plan Nacional de Salud y Plan Nacional de Modernización Educativa) que implícita las estrategias para el desarrollo de ésta.

En relación al proyecto interinstitucional es la intervención del estado en dos o más áreas incidiendo en la naturaleza humana sobre el actuar del individuo. Permitiendo instituir las ideas dominantes y las legitima la estructura de instituciones y el desarrollo de las mismas.

El proyecto interinstitucional (anexo 5) abordaremos se denomina, "Extensión de las acciones de promoción y cuidado de la salud ", (SSA/CONAFE) dirigido a población rural dispersa. Legitimando acciones de educación para la salud y prevención de enfermedades por medio de las practicas educativas del instructor comunitario o agente de cambio del Consejo Nacional de Fomento.

El programa es un instrumento organizativo que contiene el conjunto de acciones explícitas con un orden secuencial y coherente para alcanzar el objetivo. Constituye el eje de actividad orientado por la política institucional quien determina los saberes o conocimientos, las actitudes o habilidades que debe adquirir la población rural en salud comunitaria. Sin embargo al definir o elaborar el programa no se reconoce el contexto de quienes lo realizan, las condiciones, necesidades e intereses del grupo al cual se dirige.

- El programa de Salud Comunitaria contiene las acciones de promoción y cuidado de la salud que aplicará el instructor comunitario por medio de la coordinación de salud (SSA) y educación (CONAFE). Se pretende vincular acciones de ambas instituciones para promover el desarrollo integral de los habitantes de las comunidades rurales dispersas que atiende el Consejo Nacional de Fomento Educativo.

El contenido del programa va dirigido a orientar al trabajador de la salud que participa en su ejecución, y principalmente al instructor comunitario que es el responsable de llevar a cabo los objetivos, metas y actividades que se proponen, apoyados por los capacitadores-tutores (CONAFE), los equipos de salud y coordinadores médicos (SSA).

- En los estados del país existen diferencias en el desarrollo económico y social, así mismo, entre las distintas comunidades que conforman un municipio (ámbito geográfico y órgano administrativo).

El Consejo Nacional de Fomento Educativo opera los programas preescolar, primaria y cursos comunitarios. Un Financiamiento Educativo Rural (FIDUCAR), que establece como los instructores comunitarios, son becados en edades de 15 a 21 años que durante el año lectivo, proporcionan educación básica a los niños de dichas comunidades.

En este ámbito se presentan distintos factores, entre los que se destacan las condiciones deficitarias de alimentación, vivienda y salud entre otros, dificultando el acceso, las carencias de servicios y la ubicación geográfica de estos. Limitándose el impacto de los programas. De acuerdo a lo mencionado anteriormente el CONAFE está abocado a la búsqueda de modelos educativos adecuados a las características de la población, promoviendo para ello la participación de las diferentes instituciones en el Gobierno del Estado.

Por su parte la instancia de salud cuya cobertura de servicios alcanza a través del modelo de atención a población abierta, proponiéndose el 100% de las comunidades rurales, para mejorar el nivel de vida y la calidad de servicios mediante la coordinación interinstitucional con los programas educativos de nivel básico en el enfoque de educación comunitaria.

Es en la práctica del trabajo educativo y de salud que se relacionan estrechamente, resaltándose la importancia de la concertación institucional propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo. Y de suma importancia la coordinación de acciones derivadas en un programa que favorezca el desarrollo de la salud en las comunidades rurales dispersas vinculando al instructor comunitario con los equipos de salud del modelo de atención a la salud de la población abierta.

- El programa propone un desarrollo integral de las comunidades que desconocen las condiciones socioeconómicas y políticas que tiene cada región y localidad en los estados del país. Con características particulares, en el desarrollo y organización de las comunidades, historia, cultura y asentamiento de los grupos de población rural, étnicos, los recursos naturales y la disposición de presupuestos enfocados al desarrollo social. El proyecto promueve la integralidad que conlleve a obtener un nivel de vida con calidad a poblaciones rurales dispersas. Sin embargo las condiciones de vida de esta población requiere más que el discurso o la integración a los programas de bienestar social de las distintas instituciones, una

necesidad de reconocimiento a su cultura y a partir de su contexto el desarrollo socioeconómico que permita la participación en las decisiones de vivir con calidad por medio de la información y el conocimiento.

La concertación de las acciones entre las dos instituciones participantes (SSA-CONAFE) para el desarrollo conjunto en el proyecto estatal son principalmente:

- Curso estatal de capacitación a capacitadores-tutores.
- Cursos regionales de capacitación a instructores comunitarios con participación del personal de salud.
- Realizar la capacitación durante el mes de Julio o Agosto
- Realizar cursos regionales de tres días a instructores comunitarios en las sedes de asesoría del CONAFE.
- Llevar a cabo reuniones de información y evaluación mensual en las sedes de asesoría de CONAFE, a través del médico coordinador de la Jurisdicción en el estado al que corresponda la sede.
- Asesorar en campo las acciones del instructor comunitario y las Asociaciones Promotoras de Educación Comunitaria (APEC) por medio del capacitador-tutor.

Los acuerdos en la fase de capacitación resultaron en la práctica poco significativos consecuencia de la planeación que no consideró las diferencias de organización administrativa e infraestructura de ambas instancias, donde la población de trabajadores de la salud es mucho menor a los tutores e instructores comunitarios, así también, las prácticas abordan aspectos distintos (el biológico y del pensamiento) en un mismo sujeto.

- Las acciones del proyecto se realizan durante el ciclo escolar por el trabajador de la salud y el instructor comunitario con base a tres procedimientos que establece la comunicación interpersonal:

A) Alumnos: Incorporando a los programas docentes de los cursos comunitarios de preescolar y primaria los contenidos del manual de salud comunitaria que se revisarán en sesiones educativas de 30 minutos, 3 días a la semana.

B) Padres de familia: A través de reuniones mensuales en las que se les proporciona, pláticas educativas para reforzar los temas estudiados en el aula.

C) Las familias de la comunidad: Por medio de la visita domiciliaria, reuniones mensuales, así mismo, proporcionar orientación sobre saneamiento de la vivienda y detección de casos para canalizar en atención médica, estableciendo coordinación con el equipo de salud de la unidad de salud que les corresponde.

- La participación del instructor comunitario en el programa de coordinación interinstitucional, se concreta en cuatro actividades básicas del desarrollo comunitario:

A) Sesiones educativas, en base al manual de salud comunitaria, el instructor comunitario incorpora contenidos de salud a sus grupos de preescolar o primaria.

B) Plática educativa con el apoyo de la APEC: se llevarán a cabo cada mes pláticas para padres de familia con la intención de reforzar los temas expuestos en las sesiones educativas.

C) Visita domiciliaria: se programarán visitas domiciliarias a la semana, con el propósito de dar impulso y continuidad a las sesiones y pláticas educativas.

D) Canalizaciones o envíos de personas al servicio de salud: el instructor comunitario debe enviar a la unidad de salud más cercana los casos de personas o niños menores de cinco años, embarazadas y posibles usuarias de Planificación Familiar. Otras actividades que el instructor comunitario puede realizar son las obras de desarrollo comunitario, por ejemplo, mejoramiento de la vivienda, huertos y granjas familiares.

La tarea del trabajador de la salud con el instructor comunitario es inducir, promover y educar en aspectos de salud individual, familiar y comunitaria, para que los integre a su quehacer educativo con los sujetos de su acción en la comunidad, por medio de los métodos y técnicas propuestos en el programa pedagógico. Pero resulta difícil por la concepción de aprendizaje que en la institución de salud es el cambio de conducta, y en educación es un proceso de modificación de actitudes y conductas de los individuos a quien se dirigen sus actividades educativas, formal e informal. Otra situación fue el momento de la capacitación en que la atención y el interés no se dio en su totalidad y argumenta el trabajador de la salud que es por su juventud; sin embargo las formas de abordar a los sujetos y contenidos son distantes de ambas instancias; en la institución de salud es una didáctica tradicional, es decir, la enseñanza vertical y la educativa es participativa, la enseñanza es horizontal.

- En relación con la organización del proyecto, de forma vertical, acorde a la estructura administrativa bajo los lineamientos y procedimientos que determina la instancia de salud en acuerdo con la instancia educativa.

La comunidad integra una Asociación Promotora de Educación Comunitaria (APEC) y los instructores, la cual es responsable del desarrollo de las actividades del programa, vinculados al equipo de salud de la unidad de atención que le corresponda. Los recursos de todo orden necesarios para la realización del programa en sus diversas etapas, son aportados de común acuerdo por el Consejo Nacional de Fomento Educativo y la Secretaría de Salud.

- Los recursos humanos y materiales son con base a la infraestructura y la organización que poseen actualmente ambos organismos:

A) Personal de la Secretaría de Salud: Coordinadores médicos de Jurisdicción, Jefe estatal de fomento a la salud, Directora de programas preventivos, Secretaría de Salud-Dirección General de Promoción de la Salud.

B) Personal de CONAFE: Instructores comunitarios, Tutores capacitadores, Coordinadores académicos y de apoyo logístico, Delegados estatales, Dirección de programas y de desarrollo educativo.

C) Materiales didácticos: Materiales de apoyo y material básico; manual de salud comunitaria para el promotor, rotafolio, paquete didáctico para periódico mural, carteles, folletos y volantes.

- Evaluación cuantitativa mensual con base a las metas programadas utilizando el indicador de rendimiento (programa realizado x 100).

- Control de seguimiento: Información, el instructor comunitario manejará tres formatos:

1. El informe mensual de actividades del instructor comunitario.
2. El informe de personas enviadas al servicio de salud para atención médica.
3. Forma para enviar personas al servicio de salud.

Los dos primeros son llenados por el instructor comunitario y entregados al tutor en las reuniones mensuales de tutoría; el tutor a su vez concentrará la información y la entregará en la delegación del CONAFE.

- Supervisión: La supervisión en campo a instructores comunitarios estará a cargo de los capacitadores tutores de CONAFE; la supervisión de asesoría y capacitación la realizará el coordinador médico jurisdiccional en las reuniones mensuales de tutoría en las sedes regionales. A nivel estatal, el Departamento de Fomento llevará a cabo supervisiones programadas de capacitación y verificación.

Se observa en el proyecto una imposición de ideas con el enfoque que determina la instancia de salud, la forma de organizar el trabajo de capacitación, seguimiento y evaluación en sentido cuantitativo. Los procedimientos de información en actividades realizadas son establecidas bajo la visión de la institución de salud, cuando se registra que se hace, como, quien y la suma de ellas.

2.2 Participación de las instituciones en la capacitación.

La capacitación institucional implica la intervención de cada una en la fase de capacitación que contempla el proyecto interinstitucional de salud comunitaria. Orientándose bajo la línea política con intereses ideológicos dominantes, privilegiando una práctica educativa y de salud donde cada instancia concibe al hombre de forma distinta, pero el mismo "sujeto de su acción".

Política social que aborda los lineamientos de coordinación, concertación y participación social entre las instituciones y los sectores público, privado y social. Discurso oficial que describe el Plan Nacional de Salud 1988-1994; proponiendo las formas y el como establecer la vinculación logrando un compromiso y participación de la sociedad. Base de los objetivos y acciones propuestas en ambas instancias (SSA-CONAFE) aludiendo la coordinación interinstitucional e intersectorial. Definiendo las funciones, las acciones y las estrategias a implementar, de ahí entonces se precisa en promoción de la salud, integrar el aspecto educativo en salud, y retoma en el objetivo y el propósito del proyecto.

Una de las funciones de la Secretaría de Salud es el de promover la salud individual y colectiva en educación para la salud, fomentando el desarrollo de actitudes participativas y conductas de prevención y protección de riesgo en la población. Así también el de proporcionar conocimientos de causas, enfermedades y daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, al orientar y capacitar a la población, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y gobiernos de entidades federativas, en colaboración de dependencias formularán, propondrán y desarrollarán programas de educación para la salud procurando optimizar recursos y alcanzar cobertura total de la población.

En el Consejo Nacional de Fomento Educativo las funciones son el desarrollar proyectos de educación comunitaria y operar programas de educación preescolar,

cursos comunitarios y Financiamiento Educativo Rural (FIDUCAR). La de impartir educación primaria a población en edad escolar de comunidades rurales de acceso difícil con población de 500 habitantes y sin servicio educativo. Y el desarrollo de tareas por medio del agente responsable, social en comunidad, recibiendo apoyo de la organización de los habitantes de la localidad y la Asociación Promotora de Educación Comunitaria.

2.3 Enfoque teórico-metodológico en la fase de capacitación

La capacitación es un elemento de apoyo y eje fundamental en el proyecto de salud comunitaria, sin embargo es significativo el hecho de que cada instancia tiene una visión distinta del sujeto a quien, dirigen sus acciones en los proyectos y programas. La práctica en salud establece que la capacitación habilita a los diversos equipos operativos para el mejor cumplimiento de sus acciones y actividades; proceso que debe hacerse en cascada (anexo 3) con posibilidad de utilizar los contenidos en folletos.

La orientación de la capacitación institucional está dada en el enfoque instruccional y pragmático sustentado teórico del positivismo que determina el conocimiento y la forma de enseñanza-aprendizaje, concibe al trabajador de la salud como un reproductor que transfiere la información o conocimiento en la población en que está inmerso, formando su contexto laboral.

Por lo tanto la capacitación debe ser el recurso educativo a través de cual no sólo se generan actitudes, habilidades y destrezas para un desempeño óptimo en las tareas que le corresponde realizar³⁸, también propiciar una formación que permita transformar su práctica de salud.

El sustento se justifica en un marco jurídico, refiriéndose a dos componentes del bienestar social³⁹, salud y educación establecido por el derecho constitucional, concretamente en los servicios y prestaciones, bajo el supuesto de cumplir el derecho.

³⁸ DOCTO. Sistema de capacitación y desarrollo de la SSA. 1989.

³⁹ "... Valor social: factor de producción de relaciones y comportamientos. Barreiro, Julio. Educación popular y proceso de concientización. Pág. 106.

El documento sugiere las formas de realizar la capacitación: curso, taller, sesión, plática. Formas más comunes de capacitar en forma presencial, dando primordial importancia al curso por la relación con la actividad educativa del Consejo Nacional de Fomento Educativo. Adiestramiento en el sentido meramente informativo de las acciones propuestas en el proyecto, en el que no hay recuperación de experiencias y habilidades, tampoco la unificación de criterios para el manejo de los problemas a enfrentar en la práctica cotidiana, del agente educativo. Agente educativo o instructor comunitario quien recibe capacitación "pedagógica" en dos meses, anexando los contenidos de salud comunitaria capacitados en el mayor de los casos por el tutor (CONAFE) responsable del momento de la capacitación, con apoyo del personal de salud en algunos casos. Problemática también de infraestructura institucional que no corresponde al espacio o sede para capacitar, ni disponibilidad suficiente de recursos humanos de salud.

Capacitación que transmite conceptos a través de los contenidos en salud y enfermedad contruidos en el discurso científico, del positivismo, centrado en el conocimiento empírico de los hechos observables y cuantificables (suma de signos y síntomas). Conocimientos transmitidos al agente de cambio o instructor comunitario (CONAFE) que desarrolla de manera directa las actividades educativas de salud en comunidad.

En otro orden de ideas, la escisión epistemológica de educación y concepción del hombre, evidenciándose en el momento de capacitar donde el tutor desarrolla un trabajo de grupo siendo la didáctica más participativa con los integrantes en el sentido de la horizontalidad (capacitador-capacitando) en tanto la intervención del personal de salud está más en la didáctica tradicional, enseñanza vertical como parte de su formación académica respondiendo a una situación del que sabe y quien aprende, cerrando la posibilidad de retroalimentar el proceso de capacitación. Es así, como el personal de salud no responde a las necesidades sentidas menos las encubiertas del instructor comunitario, lo que hace necesario reconocer el problema

en torno al proceso enseñanza-aprendizaje, del cómo y quienes la realizan y las características de quien la recibe.

El proyecto está orientado a desarrollar acciones básicas de promoción y cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, por medio de los agentes de cambio que tienen la función de enlace entre las comunidades y los servicios de salud y educación.

Las estrategias y acciones del proyecto imponen la concepción dominante de salud y enfermedad bajo el supuesto de haber reconocido el carácter histórico de las comunidades rurales a quienes brinda información fragmentada por medio del agente de cambio responsable de la práctica educativa.

La aplicación del modelo es la confrontación con la realidad a través de los trabajadores de la salud e instructores comunitarios, desarrollando las actividades contenidas en el proyecto, descripción y análisis de las condiciones bajo el supuesto de prever situaciones que obstaculicen el proyecto. Determinando desde lo institucional el qué, quién y cómo capacitar, definiendo la utilización de ciertas técnicas y los contenidos también establece el momento de evaluar, cómo, quién y para qué.

La evaluación inicial contiene los resultados en un documento llamado: "Recuperación de experiencias" SSA/CONAFE, refiere las problemáticas encontradas en la fase de capacitación que propone el proyecto y busca la congruencia entre los objetivos y la política institucional o la forma de "cómo" y del "para qué" capacitar cuidando de no disociar estos aspectos.

- Evaluación inicial: Documento "Recuperación de experiencias en el proyecto salud comunitaria SSA/CONAFE, 1993".

El resultado de la evaluación inicial es un estudio exploratorio que obtuvo información, reconociendo y definiendo problemas en el desarrollo del proyecto implementado en dos ciclos escolares, así como, la factibilidad y trascendencia del mismo en las comunidades rurales.

Es importante señalar que para realizar este trabajo sólo se recuperaron los datos de la fase de capacitación en los distintos momentos durante el desarrollo y aplicación del modelo.

Los resultados se consideraron en tres apartados y cada fase aborda la planeación, desarrollo y evaluación. Dando especial relevancia al carácter cualitativo que tiene y se concentró en cuadros que consideraron aspectos del desarrollo, problemáticas, soluciones y sugerencias. (anexo 4)

En la información recabada se aborda de manera general, ya que las especificaciones o detalles del trabajo desarrollado en los estados, dependió en gran medida de sus características y necesidades particulares.

Los datos obtenidos en la fase de capacitación son de utilidad porque se recupera la experiencia previa y posterior al momento de capacitar y el impacto en las actividades de los capacitandos quienes realizan el trabajo directo con la población rural.

La muestra se delimitó de acuerdo a los criterios de la Coordinación central que establecieron los lineamientos a nivel estatal (CONAFE-SSA); tamaño de la muestra, características, distribución de los tiempos y la estrategia a seguir en cada nivel.

El tamaño de la muestra fue de 7 estados que comprendieron a: Chiapas, Coahuila, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz. Implementando un estrategia que

comprende los distintos niveles y fases operativas que caracterizan el proyecto. Los niveles se identificaron en tres: estatal, regional y local; las fases operativas en: coordinación, capacitación (reuniones de tutoría), servicios en comunidad, seguimiento, información, supervisión y evaluación, considerando en la estructura de las fases el momento de planeación, desarrollo y evaluación.

A nivel estatal participaron Delegados Estatales (5), Jefes de Programas Educativos (7), Coordinadores Académicos (11), Jefes de Fomento de Salud (6), Responsables del proyecto de ambas instituciones (11). En el nivel regional intervinieron Capacitadores Tutores de segundo año de servicio (1), Jefes Jurisdiccionales (19) y personal de Jurisdicciones Sanitarias (11). Se consideraron en el nivel local 20 comunidades rurales atendidas por el Consejo Nacional de Fomento Educativo y 12 centros de salud (SSA); de las que 7 eran atendidas por el programa educativo de preescolar comunitario con unidad de salud, 7 atendidas por el programa preescolar sin servicio médico, 7 con programa de cursos, contando con servicio médico accesible y 7 atendidas por los dos programas educativos (preescolar comunitario y cursos comunitarios) sin servicio médico. La población encuestada fue de 201 habitantes de comunidades, 13 enfermeras y médicos pasantes ubicados en centro de salud y 56 instructores comunitarios de segundo año de servicio.

Para cada nivel operativo se definieron actividades según características particulares de los estados, en relación al número de sujetos participantes en cada nivel. En el nivel estatal se realizaron reuniones del personal de ambas instituciones. El nivel regional organizó reuniones por instancias, concentrando al personal en sus sedes de trabajo en la capital del estado y los municipios estatales, observando la correspondencia de espacios entre las sedes del Consejo Nacional de Fomento Educativo y las Jurisdicciones Sanitarias para establecer una relación con la información recuperada; a nivel local se visitaron a los habitantes de las comunidades seleccionadas realizando reuniones o aplicación de cuestionarios y al personal de las unidades de salud se les aplicó el cuestionario.

Se diseñó una guía que consideró las seis fases operativas del proyecto; coordinación, servicio en comunidad, reuniones de tutoría, sistema de información, seguimiento y supervisión de materiales. También los cuestionarios por figura participante; instructor comunitario, habitante de comunidad y personal del centro de salud, capacitadores-tutores y jefes jurisdiccionales.

Para realizar este trabajo se abordó el resultado específico en la fase de capacitación por niveles de la estructura administrativa, estatal, regional y local.

NIVEL ESTATAL Y REGIONAL, PROBLEMATICA EN LA FASE DE CAPACITACION:

- No se contaba con lineamientos precisos ni definidos para capacitar a las figuras delegacionales y al personal de la SSA.
- Capacitación en forma de taller que no se cumplió llevándose a cabo de manera expositiva y conferencial,
- La falta de conocimiento del proyecto y los contenidos del manual propusieron que el lenguaje utilizado por el personal de salud fuera técnico, propiciando:
 - a) Dificultades de comunicación para el capacitador-tutor y el instructor comunitario.
 - b) Falta de sensibilización y apropiación de los contenidos del manual por parte del instructor comunitario.
 - c) Algunas sedes no tuvieron personal de salud y tampoco el material básico, manual de salud comunitaria.

- Retraso en la recepción de información y materiales en los estados lo que provocó irregularidades en la coordinación de nivel estatal, para establecer la correspondencia entre figuras participantes.
- Los materiales se enviaron sin criterio de distribución y uso para el estado debido a esto no fueron compartidos y comentados conjuntamente por las instancias de salud y el Consejo Nacional de Fomento Educativo.

NIVEL LOCAL, PROBLEMATICA:

- No había respuesta por parte de la comunidad que contaba con otro servicio de salud (DIF, IMSS).
- Desconocimiento del tratamiento metodológico de los temas que incluye el manual de salud por parte del personal de la SSA.
- Utilización de lenguaje técnico-médico que causó confusión en los instructores comunitarios.
- Faltó tiempo para la capacitación y no se recibió información sobre el desarrollo de la misma ni del proyecto.
- Personal de la jurisdicción manifestó la problemática de:
 - a) Que los jóvenes no sean habilitados como paramédicos.
 - b) Los grupos fueron numerosos para la capacitación.
- Las sedes de CONAFE no coinciden con la jurisdicción dándole poca importancia al proyecto de salud comunitario, sumando a ello cargas de trabajo de otros programas.

- No se estableció coordinación permanente entre jurisdicciones y capacitadores-tutores.
- Las características de los instructores comunitarios capacitadores-tutores y su forma de trabajo era desconocida por el personal de salud.
- El personal de las tutorías no vinculó los programas escolares con el de salud y sólo se expusieron los temas del manual.
- La imagen del instructor comunitario es de poca credibilidad por su edad e inseguridad al exponer y responder dudas. Y problemas para abordar temas como planificación familiar, embarazo, parto y puerperio, la comunidad consideró que el instructor comunitario tiene poca experiencia y conocimiento sobre los mismos.
- Falta metodología de trabajo para desarrollar los temas de comunidad y elaboración de materiales de apoyo.
- El personal de salud que participó fue muy reducido.
- Los temas expuestos fueron en corto tiempo de manera muy general, quedando dudas que no fueron resueltas.
- El horario para la capacitación fue reducido y el manual de salud no llegó en el momento de capacitar.
- La movilidad del personal de los centros de salud origina que se pierda la información del proyecto y las actividades realizadas. Los médicos desconocían el convenio firmado entre SSA-CONAFE, ocasionando duplicidad de tareas entre instructores comunitarios y personal del centro de salud.

- Problemática de comunicación, educador-educando, verticalidad del personal de salud, propició el abstencionismo de los participantes en la capacitación, cerrando el diálogo.
- El personal de salud no presentó propuestas para que el instructor comunitario mejorara el desarrollo del proyecto en comunidad.
- Los formatos de seguimiento y el registro anecdótico no se les dio la importancia para el control de actividades.
- El instructor comunitario no entregó información oportunamente por cumplir con las tareas educativas y de salud en el proyecto.
- No se realizó supervisión en ninguno de los niveles ni por ambas instituciones.
- Faltaron indicadores para valorar el impacto de supervisión en la comunidad.

Un problema esencial de proyecto es que no considera las características y necesidades de los trabajadores de salud y educación quienes desarrollan las acciones en las comunidades, porque se pretende justificar una consecuencia del modelo económico dominante, pero también resulta poco significativo para la población. Por lo que no existe congruencia entre lo planeado y la realidad dando como resultado problemáticas diversas que obstaculizan el desarrollo y conflictúan a los trabajadores por las diferencias en la concepción y la falta de experiencia para integrarse a otros ámbitos institucionales.

La forma de capacitar y el concepto del proceso educativo hace las diferencias y dificulta la comunicación entre ellos, propiciando el desconocimiento y valorización del quehacer en el otro. Y tiene como producto la falta de credibilidad

y apropiación del **programa salud comunitaria**, por parte del trabajador de ambas instancias.

Es un hecho que no se reconocen las particularidades de las instituciones en el proyecto y propicia problemas en la organización de recursos para capacitar, por ejemplo la instancia de salud cuenta con una mínima infraestructura que no hace posible dar capacitación en las comunidades que propone y trabaja el Consejo Nacional de Fomento Educativo.

-Trascendencia y factibilidad del proceso de capacitación en el proyecto salud comunitaria SSA/CONAFE

Los alcances y limitaciones del modelo de capacitación están en el apoyo y fortalecimiento del proceso de organización; dado en lo real de ambas instancias, por los recursos y la coordinación. Capacitación eje fundamental para el conocimiento y divulgación del proyecto cuyo efecto es el impacto, apropiación que produce en quienes lo realizan y quien lo recibe.

El modelo de capacitación para el proyecto de salud comunitaria representa un recurso educativo que interpreta la realidad desde lo institucional, legitimando la práctica social. Organizando los elementos y sujetos participantes, elaborando todos los instrumentos necesarios para asegurar la transmisión de saberes.⁴⁰ Saber que se encausa a aprender y corresponde a la necesidad del instructor comunitario, señalado por los capacitadores-tutores y trabajadores de la salud, producido por las instituciones **SSA/CONAFE**, sustentado en la científicidad y tecnología simplificada.

⁴⁰ *Ibidem*. Pág. 106.

El quehacer institucional tiene suma importancia en el campo de la acción social por la trascendencia y la factibilidad de los proyectos y programas implementados por los trabajadores de la salud, quienes requieren de una capacitación permanente que recupere su experiencia, en lo real dado en el impacto de sus actividades y proponiendo en conjunto con los participantes formas alternas para realizar promoción de la salud, con posibilidad de transformar y orientar su desarrollo en la realidad cotidiana, de los habitantes rurales en comunidades dispersas.

El reconocer la estrategia de capacitación en forma permanente para el personal que opera los proyectos, pero así mismo involucrar a los sectores público, privado y las organizaciones no gubernamentales para que participen en la comunidad.

Participación no sólo de presencia física, también en la toma de decisiones que evite la duplicidad de esfuerzos y recursos, reconociendo las otras instancias para hacer más viables las acciones educativas y de salud.

CAPITULO III

LA CAPACITACION ABIERTA Y A DISTANCIA, PROCESO PERMANENTE EN EL PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA SSA/CONAFE

El concepto de capacitación es en sentido del recurso educativo que no se limita al procedimiento de hacer, insistirá en el entendimiento y la comprensión. Recuperando no sólo habilidades también un incremento de conocimientos dirigidos a la formación del promotor-educador en salud (médico, enfermera y técnico o auxiliar de salud); mediante la continuidad en el programa de capacitación. Estableciendo la modalidad educativa abierta y a distancia con base a las necesidades y posibilidad de ejecución del proceso educativo que transforme la práctica en la interacción de la realidad y conocimiento que requiere la población de trabajadores de la salud en zonas rurales, geográficamente dispersos y de difícil acceso a su espacio laboral.

El diseño de programas de capacitación abierta y a distancia tiene que ser flexible para adaptarse a las necesidades del participante haciendo posible por lo tanto la autoformación de cada sujeto, tomando en cuenta el factor tiempo ya que se presenta aquí la combinación de trabajo con el estudio y la necesidad de interés de quien está inmerso en un contexto de aislamiento y dispersión geográfica, condiciones que dan posibilidad al enfoque, considerando a cada individuo que aprende en forma distinta y diferente ritmo, con aprendizajes significativos dados por la experiencia de un sujeto capaz de transformar su práctica, adquiriendo habilidades necesarias para ser responsable y aprender continuamente durante la vida adulta.

Un trabajador de la salud realiza actividades en favor de la salud, por lo que promueve las acciones en promoción de la salud a través de realizar prevención de

enfermedades y tareas educativas en poblaciones de comunidades rurales dispersas. Acciones donde intervienen diferentes actores e instituciones de salud y educación, lo que requiere del promotor-educador que interactúe como equipo estrechamente vinculado a la realidad.

Práctica social legitimada por la institución⁴¹, la cual corresponde a los intereses del proyecto social que determinan los saberes y las prácticas del trabajador de la salud. Definiendo las actividades y los ámbitos específicamente en salud y educación, dimensión social compleja que es parte de procesos sociales e intereses dominantes.

Saberes y prácticas orientadas en el proyecto que proponen la salud y educación comunitaria a través de los agentes externos, habilitados o con formación profesional, otros técnico-sanitarista que conciben la salud-enfermedad en la atención médico-asistencial. Contradicción en la realidad al implementar el programa porque aplica las acciones desde una posición dominante, aunque reconozca su cultura o formas de organizarse de los habitantes rurales para resolver problemas de salud.

“La ideología... El momento como los hombres de acuerdo con sus condiciones materiales de vida y con su participación en el orden social, conciben tales condiciones y determinan su actuación...”⁴²

El objetivo es integrar a la población en el proyecto interinstitucional, para lo cual se habilita o capacita al trabajador de la salud quien reproduce las ideas o conocimientos “científicos” entre la comunidad y otras figuras institucionales.

⁴¹ Berger y Luckmann. La construcción social de la realidad. Pp. 74-91.

⁴² Córdoba, Arnaldo. Política e ideología dominante. Pág. 33.

"La capacitación es un campo de aplicación del proceso educativo y según la norma de la SSA, ... para el desempeño que se realiza con la finalidad de que el personal se incorpore a la institución e incremente sus conocimientos y habilidades para realizar sus funciones".⁴³

Capacitación en forma presencial, que transmite información fragmentada, es decir, conoce la parte que corresponde a su desempeño en la tarea de promover la salud y educación; *"... división del trabajo... concepción atomizada y dispersa del mundo, donde germina la idea de que cada pequeño compartimiento del saber y del hacer es independiente de los demás y de aquí se deriva que lo único necesario en cuanto al conocimiento, es lo relacionado con la propia especialidad".⁴⁴* Por lo tanto reproduce e informa a la colectividad.

El programa de capacitación institucional privilegia la forma presencial, sin embargo es necesario reconocer la existencia de otras innovaciones educativas que se requieren, más acordes a las condiciones de trabajo y el entorno en que se desarrolla la actividad laboral de un trabajador de la salud en localidades rurales, dispersas de poca accesibilidad, lo que hace necesario, el recurso educativo abierto y a distancia, que forme y recupere al sujeto en su práctica cotidiana, en el proceso continuo y la dinámica social de las colectividades.

Estrategia educativa abierta y a distancia, como la modalidad que contribuye a la capacitación y formación con mayor eficacia para el sistema de capacitación, por las condiciones sociales, políticas, económicas y técnico-científicas que presenta el país. Y demanda de serios ajustes, nuevas respuestas ante la forma educativa presencial que no corresponde a las características y problemáticas del trabajador en el desempeño laboral. Enseñanza a distancia que define el grupo de métodos instruccionales; manejo de métodos de trabajo y de estudio sistemático, base del

⁴³ SSA. La formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos en la Secretaría de Salud. Pág. 131.

⁴⁴ Viniegra, Leonardo. El pensamiento teórico y el conocimiento médico, Pág. 13.

estudio independiente, en un proceso motivado por los objetivos de cada participante, recompensado por sus valores intrínsecos.

La finalidad debe ser la formación integral del trabajador, "realización de su humanidad y el perfeccionamiento de su vocación de persona", por medio de la integración educación-trabajo.

Innovación educativa a distancia que facilita el aprendizaje del adulto y se caracteriza en el desarrollo de material autoinstruccional, con trabajos elaborados por el participante en comentarios escritos, telefónicos o en audiocasette. Con asesor apoyando el trabajo en la interacción con los materiales del curso.

La educación a distancia tiene una importancia estratégica fundamental en los proyectos de salud comunitaria de capacitar a los trabajadores de la salud sin necesidad de crear estructuras educativas. Representa para la población trabajadora de salud pública una opción educativa, que responde a necesidades y condiciones de estructura administrativa en el desarrollo de proyectos de salud en lugares marginados, al que corresponde su ámbito laboral conjuntamente con otros trabajadores de la educación.

3.1 Algunas consideraciones en torno a la capacitación del trabajador de salud

La capacitación del trabajador de la salud se caracteriza por ser instruccional más en sentido de información y desarrollo de destrezas para aplicar en las actividades a realizar del proyecto tanto con los agentes educativos como en la comunidad.

El proyecto interinstitucional de salud comunitaria propone en la planeación de estrategia de capacitación y fase del mismo en forma presencial; desconociendo las condiciones de trabajo de quienes desempeñan las tareas educativas y de salud, porque no corresponden en estructura organizacional las instancias que intervienen, y sus necesidades son diferentes dado por la cobertura y tipo de servicio que prestan en la población rural dispersa.

"Las instituciones de salud en tanto constituyen construcciones sociales, comparten con instituciones educativas varios atributos, entre los cuales están el de gozar de un estatuto de autonomía relativa, producto de la valoración social que se atribuye a la salud y el saber educativo"⁴⁵.

Proyecto que defiende la forma de resolver los problemas de salud comunitaria, sin embargo privilegia el factor tecnológico del modelo curativo que se concreta en la modalidad de atención, conformación de costos, división del trabajo (**especialidades**) con la formación de personal⁴⁶, así como en los propios mercados de trabajo.

Proceso de cambio tecnológico que tiene siempre una elección, un modo de organizar el trabajo alrededor de ella, con base a la razón científica que sustenta el

⁴⁵ Brito, Pedro et al. El personal de salud y el trabajador: una mirada desde las instituciones. Pág. 72.

⁴⁶ Ibidem. Pág. 71.

paradigma hegemónico⁴⁷ que legitima y promueve el modo de producción en servicios de salud, es decir, la atención hospitalaria médica reparativa. Realidad que no responde a las necesidades sociales de una población rural dispersa con problemas de salud que se dan por desnutrición, infecciones gastrointestinales y respiratorias básicamente dadas por las condiciones mínimas de vida y en el analfabetismo por la carencia de los servicios educativos en estas localidades.

Por lo tanto, la formación de recursos humanos para la salud, se cuestiona desde los modelos educativos y la desigual distribución, con una pésima planificación de los servicios de salud y de la asignación de los recursos materiales y financieros.⁴⁸

Un modelo de enseñanza que predomina centrado en la enfermedad y no en la salud, tiene poca relación con lo que sucede en la comunidad, y no favorece el trabajo en equipos de salud multidisciplinarios. Favoreciendo la práctica institucional por la imposición de acciones, en forma asistencial aplicada sin reflexión. Actividades de los trabajadores profesionales o técnicos de salud, quienes implementan los programas y cubren metas diseñadas desde la institución de salud justificando la política y presupuestos principalmente.

Es así que, los saberes y conocimientos de habilidades y destrezas están enfocadas hacia la técnica y aplicación de tecnología simplificada. Observando en la capacitación para el desempeño y desarrollo del trabajador de la salud, sólo la especialización y la instrucción que cumplan el objetivo de elevar la calidad de vida en la prestación de los servicios y ampliar la cobertura que aborda el discurso político de salud.

⁴⁷ "El dominio abrumador del empirismo lógico en las concepciones de los trabajadores dedicados a las ciencias y a sus aplicaciones, hace creer a los legos que la producción de tecnología es la única resultante posible de la actividad científica". Ibidem. Pág. 46.

⁴⁸ López A., Daniel. La crisis en la formación de recursos humanos: educación e investigación. Pp. 142-167.

Modelo de capacitación que tiene sustento en el discurso institucional con antecedentes en la **Reforma Educativa** y formación del **Sistema Nacional de Capacitación**, en los años 70s, donde se pretende dar impulso a la educación para el trabajo y por otra parte integrar a la población marginada. Se reconoce el derecho al trabajador y obligación del patrón en un lineamiento legal. Momento en que se reconoce más como parte de la política social, definida como un sistema integral de diagnóstico, planeación, ejecución, control y evaluación. Los objetivos son dar y perfeccionar los conocimientos, aptitudes y habilidades del trabajador, para el logro de su desarrollo profesional y humano como ser social. Sin embargo, el desequilibrio de los factores productivos -proceso inflacionario- permiten que continúe a nivel de discurso, y en el siguiente sexenio se retome y modifique en sentido de la conveniencia de capacitar y modernizar el país, utilizando la tecnología a la calidad de los recursos humanos con educación y la producción en el trabajo.

Para el sexenio de **Miguel de la Madrid** se pretendía darle importancia a la capacitación por medio de la legalidad y equipamiento de centros capacitadores. Y es el **Plan Nacional de Desarrollo de 1984-1988** donde se aborda la capacitación no sólo técnica para el trabajo sino también para la organización y participación en el desarrollo nacional en un **Programa Nacional de Capacitación y Productividad**; proceso educativo de la capacitación que debe tomar en cuenta la serie de necesidades, por las que el país atraviesa.

Programa Nacional de Capacitación al cual se integra la **Secretaría de Salud**, publicado en el **Diario Oficial** la creación del **Centro de Capacitación y Desarrollo** el 13 de Mayo de 1987; sin embargo en un principio la organización dificulta el proceso siendo un mínimo porcentaje de personal capacitado, en comparación con el número de trabajadores de la salud (**120,000**) entre profesionales y de servicios. A través de programas de capacitación presencial atendiendo sólo algunas ramas.

“... para promover, coordinar, realizar y evaluar los programas en esa materia aplicables en la Secretaría, adecuando e implementando las normas políticas y metodologías del sistema de capacitación y desarrollo del Sector Salud”⁴⁹.

En el sentido de la norma, es decir, los procedimientos y lineamientos no fueron específicos para sistematizar el trabajo y unificar criterios, sólo se pide informes recuperándose las actividades de capacitación de las diversas unidades. Pero el siguiente periodo gubernamental elabora el **Programa Nacional de Salud 1988-1994**, que propone:

“... la prestación de servicios de salud tiene su base en la formación y desarrollo adecuado de los recursos humanos, propósito que debe mantenerse buscando además alternativas para que su logro sea acorde con las necesidades de la población”.⁵⁰

Propósitos expresados en el discurso, y no corresponde a las condiciones de la realidad por la desigual distribución de recursos humanos para la salud e interés **económico-político** del sector dominante, así como, la dependencia **científico-técnica** que impone el modelo **atención curativa-preventiva de salud y enfermedad**.

Otro factor es la desvinculación entre las necesidades de capacitación institucional y los objetivos de proyecto salud comunitaria en el sentido del desarrollo integral; actividades de prevención y educación para la salud con participación comunitaria y del sector privado, público, así como, organizaciones sociales en las comunidades dispersas marginadas de servicios.

⁴⁹ DOCTO. SSA. La formación, capacitación y desarrollo de Recursos humanos en la Secretaría de Salud. Pp. 131-132.

⁵⁰ *Ibidem*. Pág. 9.

Las acciones de capacitación propuestas en las instituciones de salud son por medio de la modalidad presencial en su generalidad de forma dispersa y sin continuidad.

La concepción de capacitación tiene orientación de un recurso educativo en proceso permanente que recupere no sólo las habilidades y destrezas, también incremente los conocimientos, propiciando una formación de **promotor-educador en salud**.

3.2 Concepto de capacitación en la modalidad abierta y a distancia, recurso educativo en el Proyecto Salud Comunitaria.

El concepto de capacitación es en sentido del recurso educativo, que capacite al individuo en el momento de comunicar los conocimientos, saberes y experiencias sistematizados, con fundamentos teóricos y con base a las técnicas aplicadas en el puesto. Actitudes individuales y sociales en las cuales el sujeto no sea capaz de asumir responsabilidades al desempeñar las tareas de **coordinador o facilitador**, en la promoción de la salud comunitaria y aplicación de los programas de prevención o educación para la salud.

El referente del trabajador de salud con los cuales interpreta los problemas de salud están dados en el saber empírico y conocimiento "científico", determinando el modo de conocer la realidad de la **salud-enfermedad**, a través de la observación de los hechos, la cuantificación del mismo, suma de los signos y síntomas. Lo que hace necesario crear espacios de análisis y reflexión de la práctica social⁵¹, en el proceso de capacitación permanente que se oriente hacia la formación y recupere su quehacer de la salud y educativo como proceso histórico-social.

*"... el aprendizaje como un proceso social... sujeto particular en todo su potencial de capacidad para aprender... sujeto social con capacidad colectiva..."*⁵²

El reconocer al trabajador de la salud como un adulto⁵³ con capacidad de aprender requiere de posibilidades concretas y nuevos medios para hacerlo. Permitiendo la

⁵¹ "...el trabajo como realización personal, como medio de satisfacción de necesidades, como vía de sustento para sí mismo y para su familia (remuneración), como proceso educativo, como función social, como contribución al bien común y por último, como elemento integrador de las distintas dimensiones humanas". DCCI, María Angélica. Algunos conceptos de trabajo y su vinculación con la educación en los países de América Latina. Pág. 65.

⁵² Rubio, Maura y Carbajal, Pureza. Nuevas alternativas en educación de adultos. Pág. 127.

⁵³ "...La educación permanente confluye desde el descubrimiento y afirmación que el adulto es una capacidad de aprender... la educación abierta al revalorar nuevas fuentes para aprender... significa una

acreditación o reconocimiento de competencias y saberes alcanzados en el trabajo cotidiano⁵⁴; sujeto multideterminado biológica, histórico-cultural y psicológicamente, que interactúa en su realidad social, hombre concreto en sus posibilidades de transformarla, por el conocimiento del **saber-acción**, en el diálogo establecido en su práctica diaria.

"Dialógico porque va de la realidad a la conciencia, de la conciencia a la realidad en un momento esclarecedor y transformador".⁵⁵

Un trabajador de la salud es un ser humano, ser social e histórico que piensa aprende y reflexiona críticamente; y necesita del cambio cualitativo en las estructuras de su pensamiento para ser creativo y crítico, fomentándose más apropiadamente por la combinación de aprendizajes en grupo y aprendizaje individual autodirigido. Reintegración continua de los dominios cognitivos y afectivos, factor esencial de un aprendizaje efectivo. El aprendizaje incluye pensamiento, descubrimiento, averiguación, reflexión, crítica y respuesta creativa.

Capacitación abierta y a distancia que funcione sin limitaciones de espacio, y transfiera información cognoscitiva con mensajes formativos. Por medio de aprendizajes significativos en la recuperación de experiencias del quehacer educativo en salud, conocimiento **teórico-práctico**, acto de apropiación progresiva del objeto por el sujeto como el proceso activo de elaboración; "**sujeto activo**"⁵⁶, que construye su propio conocimiento resultado del proceso permanente. Conocimiento relativo a un momento dado del proceso de construcción, aparece en la interacción continua del **sujeto-objeto**.⁵⁷

posibilidad real para el adulto entendido como un sujeto comprometido con una realidad social en la que quiere intervenir". Cirigliano, G. F. J. Educación abierta. Pág. 11.

⁵⁴ Ibidem. Pp. 12-13.

⁵⁵ Gutiérrez, Francisco. Educación como praxis política. Pág. 154.

⁵⁶ Modelo pedagógico, enseñanza abierta. Colegio de Bachilleres. SEP, 1993. Pp. 62-64.

⁵⁷ Ibidem. Pág. 66.

La exigencia del pensar desde el saber en la práctica, lo que requiere una organización sistemática del conocimiento y la capacidad de pensar de sujeto.⁵⁸ Posibilidad de pensamiento en el trabajador de la salud acordes a la realidad del quehacer cotidiano, en formas distintas con respuestas a la problemática.

⁵⁸ Eusse Zuluaga, O. Proceso de construcción del conocimiento y su vinculación con la formación docente. Perfiles Educativos-UNAM. Enero-Marzo. 1994.

3.3 Capacitación abierta y a distancia, estrategia para el proyecto interinstitucional de salud comunitaria

El proyecto de salud comunitaria instrumenta acciones dirigidas a población rural marginada y dispersa en comunidades de difícil acceso, sin infraestructura de servicios; carencia y necesidades que agudizan las problemáticas de salud, educación, vivienda, empleo, etc., en los habitantes de estas localidades.

Así que la característica de ubicación geográfica y demográfica de las comunidades rurales marginadas dificultan la comunicación, lo que hace necesario establecer estrategias acordes a las condiciones del espacio laboral para desarrollar en forma eficaz las actividades del proyecto; sin embargo estos factores sólo se retoman parcialmente en el objetivo porque los actores que desempeñan las tareas, tienen necesidades no sólo como trabajadores sino como sujetos.

Estrategia de capacitación abierta y a distancia porque las condiciones de espacio y jornada laboral, más la lejanía de éstos, hace necesario formas educativas diferentes a la tradicional, acordes a necesidades propias de cada trabajador de la salud, que desempeñe sus actividades hacia o en las comunidades rurales.

El propósito es propiciar el proceso en la formación profesional y optimizar los recursos materiales de cada unidad sin crear otra infraestructura y la organización por medio del subsistema que establece los componentes, la forma y los procedimientos del proceso de capacitación.

MARCO JURIDICO-ADMINISTRATIVO

El fundamento de marco legal, es la Constitución Política en los artículos 4, 123 y 126, que establecen el derecho y obligación a la educación y capacitación de los trabajadores. Procediendo en Leyes y Reglamentos, legitimado por medio del Sistema de Capacitación de la Secretaría de Salud.⁵⁹

Se define la capacitación en dos formas:

- a) Capacitación para el desempeño, con la finalidad de incrementar en conocimientos y habilidades para realizar su tarea.
- b) Capacitación para el desarrollo profesional o educación continua, que adquiera conocimientos y habilidades que le permita ocupar puestos de mayor jerarquía.

*“La capacitación en salud es un conjunto sistematizado de acciones y procedimientos educativos, mediante los cuales es posible orientar eficazmente los recursos disponibles, ya sean técnicos, económicos, materiales o humanos, con el objeto de lograr que los trabajadores de la salud incrementen sus conocimientos y habilidades por el mejor desempeño de sus funciones y desarrollo personal y laboral”.*⁶⁰

El discurso institucional legitima la práctica y está constituido en un documento propositivo que no cumple el objetivo por las condiciones económico-políticas, posibilidad de reducción en presupuestos en salud y educación (aspectos de bienestar social de la población) afectando los derechos laborales del trabajador, observándose en el gasto destinado a los programas de capacitación.

⁵⁹ SSA. Manual del Sistema de Capacitación y Desarrollo de la SSA. 1995.

⁶⁰ SSA. La formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos en la Secretaría de Salud. 1995.

Y sumando a ello, las condiciones laborales de traslado por las grandes distancias de las comunidades, cargas de trabajo, deterioro del salario y desconocimiento de sus derechos.

PERFIL DESTINATARIO

Un trabajador de salud se caracteriza por la formación académica y proceso cultural, heterogénea que coexisten en el mismo ámbito laboral, con el fin de realizar un trabajo en equipo. Sin embargo, el modelo educativo del medio estará orientado hacia una realidad que impone el modelo hegemónico de atención en salud, en tanto el técnico de salud o promotor institucional está subordinado a esta visión, universo simbólico, inmerso en la cultura:

"La producción y reproducción del habitus médico... no se da solamente en la institución médica... sino también en la institución educativa, en la medida en que se comparten espacios, determinaciones, historia y los actores básicos de ese proceso cultural que es la formación, los médicos-docentes".⁶¹

La formación del técnico en salud y promotor institucional difiere, el primero recibe una educación específica contenida en la curricula formal (trabajador social, enfermera, técnico en saneamiento y técnico en atención primaria) el segundo es habilitado en cursos institucionales sobre el "deber ser" en aspectos de salud y enfermedad, pero los dos son agentes que reproducen y transmiten información en forma individual o en grupo.

La práctica de trabajador de salud se desarrolla en el centro de salud rural o casa de salud principalmente o en la comunidad a través de visita domiciliaria, entrevista o plática, así mismo organiza grupos diversos (maestros, padres de familia, mujeres

⁶¹ Brito, Pedro et al. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. Antología y promoción de la salud. UV-SSA-DIS. 1994. Pp. 69-81.

embarazadas trabajadores agrícolas, etc.) para transmitir conocimientos y saberes, con mensajes impresos en volantes, folletos, periódico mural, o por medio de la radio local, participando en campañas de vacunación y saneamiento básico prioritario en su quehacer de prevención de enfermedades y educación.

La actividad educativa que corresponde a la capacitación de los agentes de cambio o figuras institucionales de programas formales y no formales, enfocados a la población en edad escolar y población adulta, ésta última en cursos comunitarios. La capacitación es de forma tradicional y presencial, **"sólo hay uno que sabe y otro que escucha"**,

*"...Sigue insistiendo en el acto de enseñar... sin considerar al sujeto que aprende, desde donde aprende, como realiza su aprendizaje y para que aprende..."*⁶²

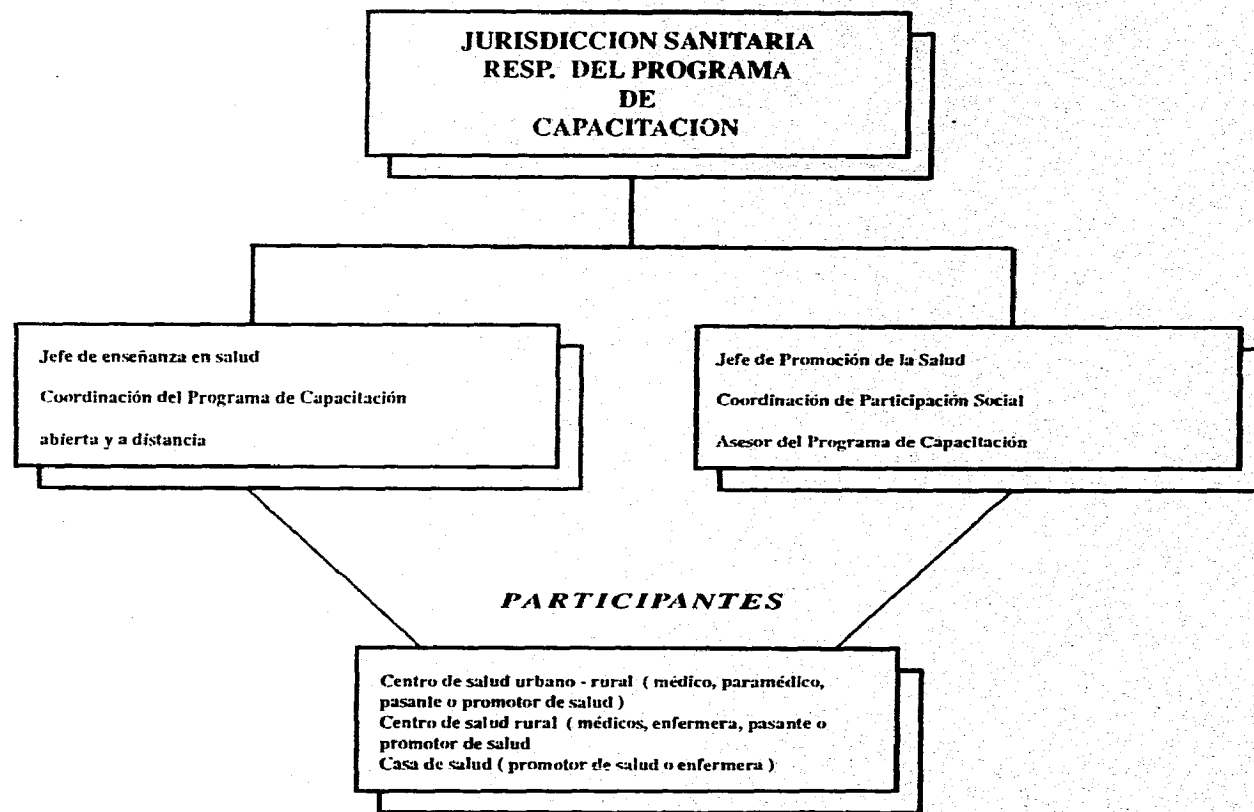
proceso educativo que dirige desconociendo necesidades e intereses de los participantes, en un relación vertical, reproduciendo, concepciones dominantes de su formación.

Finalmente el recurso educativo a distancia tiene el propósito del desarrollo de habilidades para la **enseñanza-aprendizaje** participativo, que propicia el proceso de formación permanente para la toma de decisiones en las problemáticas del quehacer cotidianas que enfrentan los trabajadores de salud.

METODOLOGIA

El recurso educativo de la modalidad abierta y a distancia con métodos y técnicas de estudio personalizado y de grupo que tiene la ventaja de facilitar la enseñanza y aprendizaje del trabajador de salud en zonas rurales dispersas.

⁶² Rubio, M. y Carbajal, M.P. Nuevas alternativas en la educación de adultos. Pág. 120.



JURISDICCION SANITARIA
(CENTRO DE ASESORIA)

ASESORES

- Jefe de Promoción de la Salud
- Coordinador del Programa de Participación Social
- Responsables del Programa de Salud Comunitaria

PARTICIPANTES

- Centro de salud urbano - rural (trabajadores de la salud, profesionales y técnico profesional)
- Centro de salud rural (profesionales y técnico profesional)
- Casas de salud (técnico profesional)

Capacitación viable en su espacio y tiempo laboral estudiando donde y cuando le sea posible; proceso educativo a través del desarrollo de métodos y técnicas apropiados al perfil del destinatario y en los cursos diseñados con características de modalidad a distancia.

Los cursos programados recuperan información del diagnóstico de necesidades que propone el manual del Sistema de Capacitación y los resultados en evaluaciones del proyecto en salud comunitaria (anexo 4), así mismo, en los lineamientos propuestos de capacitación en la Secretaría de Salud que promueve y evalúa por medio del Centro de Capacitación y Desarrollo.

Implementando las normas en las diferentes unidades de servicio, o centros laborales donde se desarrollan las actividades y proyectos de programas de salud y comunidad para población abierta, es decir, sin seguridad social considerando a población abierta rural, marginada (peones, trabajadores eventuales, desempleados, subalternos).⁶³

ORGANIZACION ADMINISTRATIVA

La forma de capacitar abierta y a distancia se constituye en el enfoque de sistemas⁶⁴, que resulta posible conociendo los factores básicos que se producen en un fenómeno institucional y requiere de la capacitación e interrelación para determinar las necesidades, estableciendo la dirección.⁶⁵

Subordinado al procedimiento institucional de capacitar en cascada; siguiendo los niveles de organización (anexo pirámide) con el propósito de autoresponsabilizarse

⁶³ *Ibidem*. Pp. 9-18.

⁶⁴ Ayala, José et al. México Hoy. Pp. 194-207.

⁶⁵ Arias, María Luisa. Administración integral de las organizaciones. Educación a distancia. M-IV-UNAM. 1994. Pág. 10.

por niveles en proceso descendente y horizontal, es decir, de nivel central, estatal, regional, jurisdiccional y local (grupos e individuos).

La modalidad abierta y a distancia es el subsistema que:

"... refiere un conjunto de elementos que se interrelacionan para alcanzar determinados objetivos. Los resultados que se obtengan dependen en gran parte de la naturaleza de las interrelaciones y del grado de importancia que cada uno de los elementos tenga en relación a los otros".⁶⁶

Los elementos se componen de asesores participantes y material didáctico como el medio de comunicación que permita un mayor relación bilateral, procurando así la participación activa del educando en su propia enseñanza.

"...Todo material didáctico se diseña o se selecciona porque comunica con contenidos que los participantes deben conocer manejar o aplicar..."⁶⁷

El método es personalizado, a través del paquete didáctico, asesor individual, grupal y comunicación educador-educando.⁶⁸

"La asesoría... Como actitud social donde se pretende que el asesor interactúe con el estudiante para propiciar aprendizajes significativos... proceso a través del cual se orienta a los sujetos para que se relacionen con el conocimiento para constituirlos y es a través de éste que ellos se transforman..."⁶⁹

⁶⁶ Ibídem. Pág. 25.

⁶⁷ Axotla M. Victor. Antología auxiliar de la Comunicación. UNAM. 1993. Pág. 88.

⁶⁸ "La esencia de proceso significativo de aprendizaje consiste en que los pensamientos expresados simbólicamente de modo "arbitrario" y objetivo interactúan para integrarse con los conocimientos ya existentes en el sujeto (Ausbel)... La moderación, experiencia y transmisión social recibida... favorece o no el significado de la comunicación...". Sarramona, J. Comunicación y educación. CEAC, Barcelona. 1988. Pp. 65-79.

⁶⁹ SEP-Cojegio de Bachilleres. Orientación de la Consultoría Académica. México. 1995. Pág. 113.

El propósito es la comunicación que apoye y motive el interés en la interacción del material didáctico-participante-asesor-instructor, facilitando el aprendizaje del participante orientando la aplicación de conocimientos y capacidades adquiridas y propicie la formación hacia una actitud investigativa, participativa sobre su realidad en el conocimiento y experiencia de su quehacer cotidiano.

“...Todo proceso de formación docente... busca cuestionar y cambiar formas de trabajo calificadas como obsoletas, abrirse a nuevas experiencias, mostrar el propio hacer con la intención de cambio”⁷⁰

La asesoría grupal, es la forma de organización que facilita a los participantes acercarse al conocimiento posterior al avance individual, donde se analiza, se discute y se intenta dar respuesta a las dudas e inquietudes surgidas en el estudio individual.⁷¹

Un asesor para desempeñar su labor requiere del conocimiento diverso del cómo, para qué capacitar y conocer los contenidos del curso, su manejo y material de apoyo (paquete didáctico: folletería, audicasette, audiovisual, etc.)

Las funciones del asesor corresponden a quienes tienen la responsabilidad de coordinación, supervisión y dirección de la promoción de la salud, enseñanza en salud y capacitación y participación social, así como de programas en salud municipal y salud comunitaria. Porque tienen comunicación directa y frecuente con el trabajador de la salud que desarrolla las actividades de educador promotor en la comunidad.

⁷⁰ Rodríguez Q., Azucena. Problemas, desafíos y mitos en la formación docente. Perfiles educativos. CISE-UNAM. Enero-Marzo. 1994. Pp. 3-8.

⁷¹ *Ibidem*. Pág. 110.

De acuerdo a la estructura administrativa y algunas variantes se ubican con la Jurisdicción sanitaria⁷², Unidad administrativa y de servicios que por sus características es el espacio idóneo de centro sede de asesoría en la capacitación a distancia. Y es su obligación implementar, y desarrollar procedimientos de educación en capacitación permanente para el desempeño en servicio y desarrollo profesional del trabajador de la salud.

En el nivel estatal se asumirá la Dirección de Información y Difusión de Recursos Educativos. Siguiendo los lineamientos y normatividad del nivel central (Dirección General de Promoción de la Salud) considerando necesidades e intereses involucrados en la estrategia del proyecto.

Los contenidos del curso se proponen en **tres ejes temáticos:**

- a) Promoción de la salud; conceptualización del proceso salud-enfermedad individual y colectiva en relación a la participación comunitaria y participación social en el ámbito municipal.
- b) Metodología de participación comunitaria, social y participación-acción. Identificación de las formas de organización en una comunidad y su papel de coordinador y facilitador que propicia el proceso de transformación individual y grupal, en la apropiación del conocimiento y saber, que emita decidir sobre la libertad y derecho y ejercer sobre su salud y condiciones de su ambiente.
- c) Estrategias de enseñanza-aprendizaje. Incremento de conocimientos y desarrollo de habilidades en el estudio independiente y formación autodidacta para orientar sobre técnicas y métodos de estudio individual y de grupo.

⁷² SSA-OPS. Guía metodológica. Sistemas Locales de Salud. México. 1990. Pp. 3-47.

El programa tiene el propósito de realizarse en tres fases:

- 1) Inducción: la intención es difusión, la modalidad de capacitación para sensibilizar a los diversos niveles de la estructura institucional en el conocimiento de su organización y objetivos.
- 2) Desarrollo del programa: involucrar a quienes son responsables de la ejecución de programa e instrumentación de los cursos de capacitación y quienes participan como coordinadores o asesores; estos convocan y motivan a los participantes.
- 3) Evaluación: en base a los productos realizados y propuestos en el curso en un proceso continuo y a partir de las tareas que le corresponden (Diagnóstico de Salud, Plan de Trabajo, Propuesta de Salud y Educación Comunitaria) donde es posible implicitar la teoría y la práctica en su trabajo diario.

La capacitación es una parte fundamental para la motivación del trabajador, por lo tanto se dará de acuerdo a lo establecido en el Manual de Capacitación de la SSA, en horas-curso y el reconocimiento impreso. Y la Unidad Jurisdiccional (Centro Sede de Asesoría) establecerá tres opciones sujetas a los recursos disponibles para dar el reconocimiento al trabajador de salud por su participación en la opción de capacitación a distancia.

El desarrollo de la estrategia de capacitar a distancia propone que el trabajador de salud obtenga conocimientos y aprendizajes y vivencias o experiencias enfocados a recuperarlos para transformar su práctica de salud educativa en la comunidad promoviendo actitudes de participación en la forma de decisión sobre salud y medio ambiente del individuo y la colectividad.

agudizan en distintas formas y grados siendo para algunas poblaciones rurales un deterioro más profundo en el nivel de vida.

Política que se instrumenta en el sistema educativo y de salud, aplicando los proyectos en la realidad por medio del agente o promotor educativo y de salud. Orientada a través del financiamiento de organismos internacionales en programas para el bienestar social. Mediados por instancias sociales específicas que justifican su intervención en el discurso "demagógico" que recupera las demandas y necesidades sentidas de la población; planteamientos de como organizar a la población en participación comunitaria para dar solución a problemas de salud y educación entre otros, promovido por el trabajador de la salud, agente de cambio quien dirige las acciones en la comunidad y representa el enlace entre la población rural marginada y la institución

Promotor institucional quien desarrolla actividades de educación para la salud y capacitación a la población rural a quien instruye e informa en un activismo sin reflexión; intelectuales subalternos que propician la organización y participación comunitaria, en el objetivo de elevar el nivel de vida de la población para alcanzar un estilo de vida que promueven los organismos internacionales de salud (OPS-OMS) y de educación (UNICEF).

Es así como, el trabajador de la salud tiene la tarea de capacitar en los proyectos a líderes de la comunidad, maestros, administradores, autoridades locales, etc., determinada por la institución; proceso de socialización que media las prácticas

educativas y de salud junto con las creencias culturales, necesarias para mantener la dominación de los grupos y las estructuras de poder.

Los ámbitos institucionales tienen diferencias esenciales, aunque se aborda al mismo sujeto en dos aspectos, la salud y la educación, definiéndose las formas de atención, los conocimientos y saberes que requieren las comunidades rurales, por lo tanto justifica las condiciones de existencia e intervención en su cuerpo y pensamiento. Y cada instancia en su área, mediante el promotor institucional o agente educativo quien reproduce la información y conocimiento de manera directa al desarrollar las acciones con la población. Promotor institucional que recibe capacitación por medio de documentos donde se le da instrucción del "deber ser" en las actividades a realizar conjuntamente con las figuras de la otra instancia educativa, así mismo, capacitar a otros en aspectos de salud-enfermedad.

Abordar al trabajador de la salud en la problemática de capacitación, entendida en el sentido del recurso educativo, implica proponer formas distintas a las tradicionales ya que no responde a las condiciones del espacio laboral de los trabajadores de salud que realizan las acciones de los proyectos en las comunidades. y un factor primordial es la compleja organización institucional que se dirige a todos los estados del país con características regionales distintas por el nivel de desarrollo en cada una, ya que no existe suficiente infraestructura, recursos humanos y financieros en el estado.

Modelo de capacitación institucional que representa dificultades tanto administrativas como operativas y sólo es presencial, lo que hace necesario buscar otras formas más acordes a las características y necesidades del capacitando que

desarrolla los proyectos y programas de salud comunitaria para zonas rurales y dispersas, marginadas por falta de vías de comunicación así como de los servicios públicos. Capacitando que requiere de habilidades y destrezas pero también de información y conocimientos para sistematizar, aplicando metodologías orientadas a la participación individual y colectiva, reconociendo su vivencia y experiencia del quehacer cotidiano para la transformación de la práctica que mejore sus condiciones laborales.

La complejidad del hecho educativo es desde el momento mismo de la concepción en relación a la práctica educativa comunitaria (CONAFE) y la de salud (SSA). La primera desarrolla actividades grupales por el capacitador-tutor, siendo una tarea más participativa, en tanto que la participación del capacitador en salud (médico, enfermera o técnico de salud) está orientada hacia la verticalidad, enseñanza tradicional, base de una formación académica y responde a la situación del que sabe y de quien aprende, donde no es posible una retroalimentación entre el educador-educando.

Es necesario entonces rescatar estas problemáticas y proponer respuestas o alternativas de capacitación que consideren los resultados de la evaluación de los proyectos, necesidades de habilidades, destrezas y conocimientos de forma continua que recupere al trabajador de la salud y su práctica en un proceso permanente, es decir, que propicie la formación profesional y sea reconocida en el contexto institucional; la estructura orgánica y sistema de capacitación en la institución.

Un aspecto importante es el número de trabajadores de salud que no hace posible cubrir a toda la población que requiere del servicio de salud y la educación que

promueva la responsabilidad de la salud comunitaria. Provocando cargas de trabajo al trabajador de la salud y su desconocimiento en el derecho a la educación continua o capacitación, por parte de la institución. Así también el bajo ingreso no le permite acceder al costo de las distintas formas de educación presencial y las distancias de los lugares donde se realizan los eventos académicos.

El recurso educativo o capacitación abierta y a distancia es la modalidad que propone las estrategias educativas proporcionando los elementos al trabajador de la salud, que se ubica en la estructura administrativa institucional, para el desarrollo de actividades educativas-preventivas. Proceso educativo que tiene la finalidad de formar promotores-educadores, con posibilidades de transformar la realidad donde sea posible.

BIBLIOGRAFIA

DCTOS. INSTITUCIONALES

Plan Nacional de Salud 1973-1977, México.

Plan Nacional de Salud 1976-1983, México.

Programa para la Modernización Educativa, 1989-1994, Poder Ejecutivo Federal, 1989.

Memoria de la Consulta.

Desarrollo de la Comunidad, Antología UNAM-ENEP ARAGON, 1986.

Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994, México.

Ley General de Salud-Título Séptimo, México.

Boletín OPS, Discusiones técnicas, educación comunitaria en salud: Evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias. Vol. 90 N° 4, 1981.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, OMS-UNICEF, 1978 en: Alma Ata, Kosa Kstn, ex URSS.

DCTO., Proyecto especial para la extensión de las acciones de promoción y cuidado de la salud por medio de los instructores comunitarios del Consejo Nacional de Fomento Educativo.

DCTO., 19 años apoyando la labor educativa del país, CONAFE, México, 1990.

SEP-COLEGIO DE BACHILLERES. Modelo Pedagógico, México, 1993. UNAM-PERFILES EDUCATIVOS, N° 63.

GUIA, de Programación en Educación para la Salud, SSA, México, 1989.

SSA, La formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos en la Secretaría de Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud, 1994.

SSA, Manual del Sistema de Capacitación, SSA, 1995.

LIBROS Y REVISTAS

ALMADA Bay, Ignacio, et al. Salud y crisis en México. Ed. Siglo XXI, México, 1990.

ALONSO, J. Antonio. Metodología. Ed. Edicol; México, 1985

ARIAS, María Luisa. Administración integral de las organizaciones educativas a distancia Modo IV. UNAM, México, 1994.

BARREIRO, Julio. Educación popular y proceso de concientización. Ed. Siglo XXI, México, 1985.

BERGER Y LUCKMANN. La construcción social de la realidad. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1994.

BOSCO Prieto. La Educación de adultos y el desarrollo rural. Colección Retablo de Papel, N° 1, CREFAL, México, 1980.

BRITO, Pedro, et al. "El personal de la salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones". Educación México y Salud, Vol. 27, N° 1, OPS, Washington, USA, 1993.

CIRIGLIANO F.J., Gustavo. La educación abierta. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1982.

CORDOBA, Arnoldo. Política e ideología dominante. Cuadernos Políticos, N° 10, México, 1976.

CUELLAR, Ricardo y P. A. Florencia. El cuerpo humano en el capitalismo. Folios, México, 1989.

DE LA GARZA, Enrique. El método del concreto-abstracto-concreto. Cuadernos de teoría sociedad, UAM, Iztapalapa, 1985.

DUCCI, Ma. Angélica. Algunos conceptos de trabajo y su vinculación con la educación en los países de América Latina. Rev. OEA; México, 1987.

EUSSE I., Ofelia. "Proceso de construcción del conocimiento y su vinculación con la formación docente". Perfiles Educativos, N° 63, Enero-Marzo, 1994.

GONZALEZ Casanova, Pablo, et al. México Hoy. Ed. Siglo XXI, México, 1985.

- GUTIERREZ Alvarez, Martha. Tesis. La participación popular en educación para la salud. UNAM-ENEP ARAGON, México, 1992.
- GUTIERREZ, Francisco. Educación como praxis política. Ed. Siglo XXI, México, 1988.
- GUTIERREZ, P. Gabriel. Metodología de las ciencias, Tomo I. Ed. Harla, México, 1985.
- HERNANDEZ H., Jesús. "La política del estado", México 1970-1976. Cuadernos de la ENEP ARAGON-UNAM, N° 28, México, 1988.
- LIMONEIRO, C. Miriam. La construcción de conocimientos. Ed. Era, México, 1977
- LOPEZ A., Daniel. La salud desigual en México. Ed. Siglo XXI, México, 1988.
- LLERENA, Carlos. "Modelo de atención primaria a la salud pública de México", Vol. 27, N° 5, 1985.
- ORTIZ Quezada, Federico et al. Vida y muerte del mexicano. Tomo II, Ed. Folios, México, 1986.
- ORTIZ Quezada, Federico. Salud en la pobreza. Ed. Nueva Imagen, México, 1988.
- PORTELLI, Hugues. Gramsci y el bloque histórico. Ed. Siglo XXI, México 1977
- POPKEWITZ, T.S. Algunas problemáticas en la producción de la evaluación de la Revista de Educación. N° 279, Madrid, España.
- PUIGGROS, Adriana. Imperialismo y educación en América Latina. Ed. Nueva Imagen, México, 1985.
- RICE, Marylin et al. Evaluación para el planteamiento de programas de educación para la salud. Serie Paltex. Ed. OPS, Washington D.C., USA, 1990.
- ROBLES, Martha. Educación y sociedad en la historia de México. Ed. Siglo XXI, México, 1988.
- SANCHEZ, P. Ricardo. La investigación científica en ciencias sociales. Rev. Mexicana de sociología, UNAM. No. 1 1984.
- SARRAMONA, J. Comunicación y educación. CEAC, Barcelona, 1988.

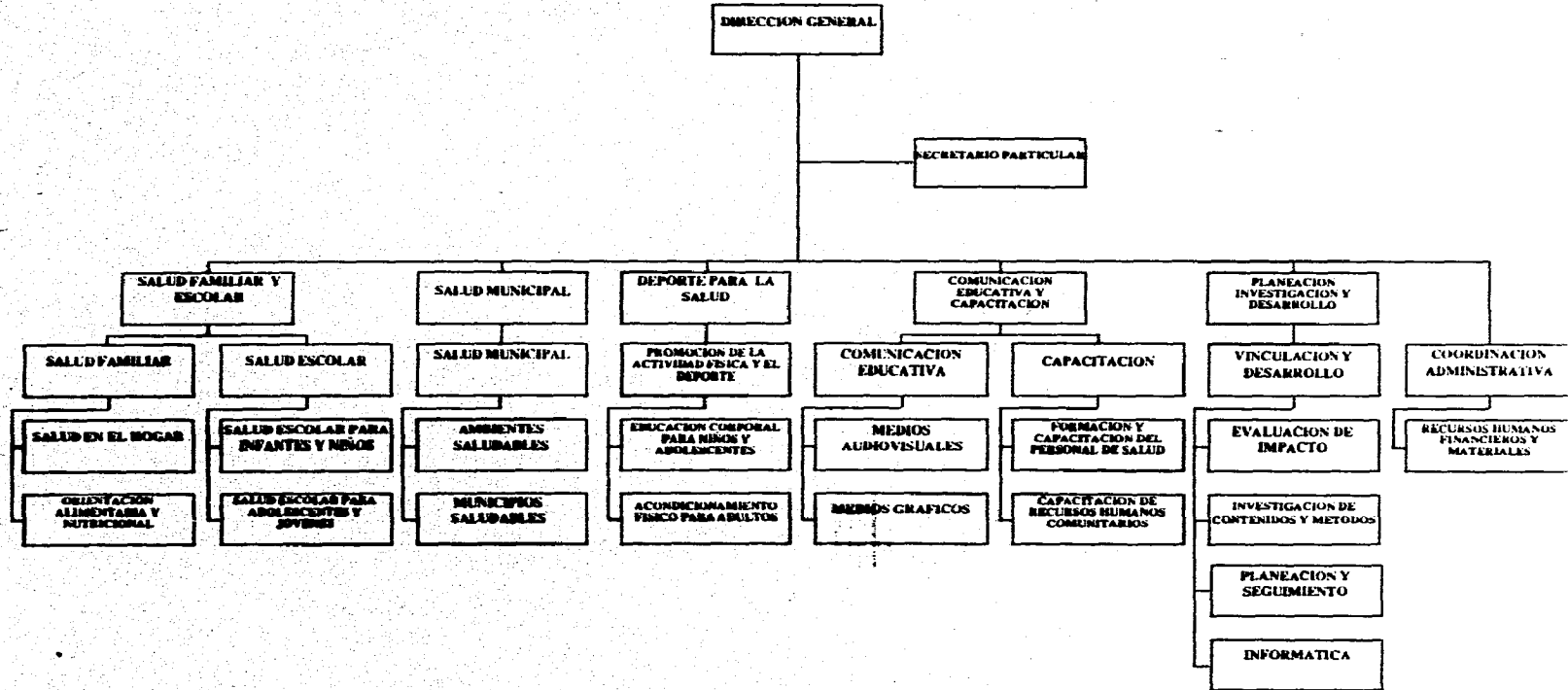
VINIEGRA, Leonardo. El pensamiento técnico y el conocimiento médico. UNAM, 1988.

ZEMELMAN, Hugo. Uso crítico de la teoría. Ed. Colegio de México, México 1989

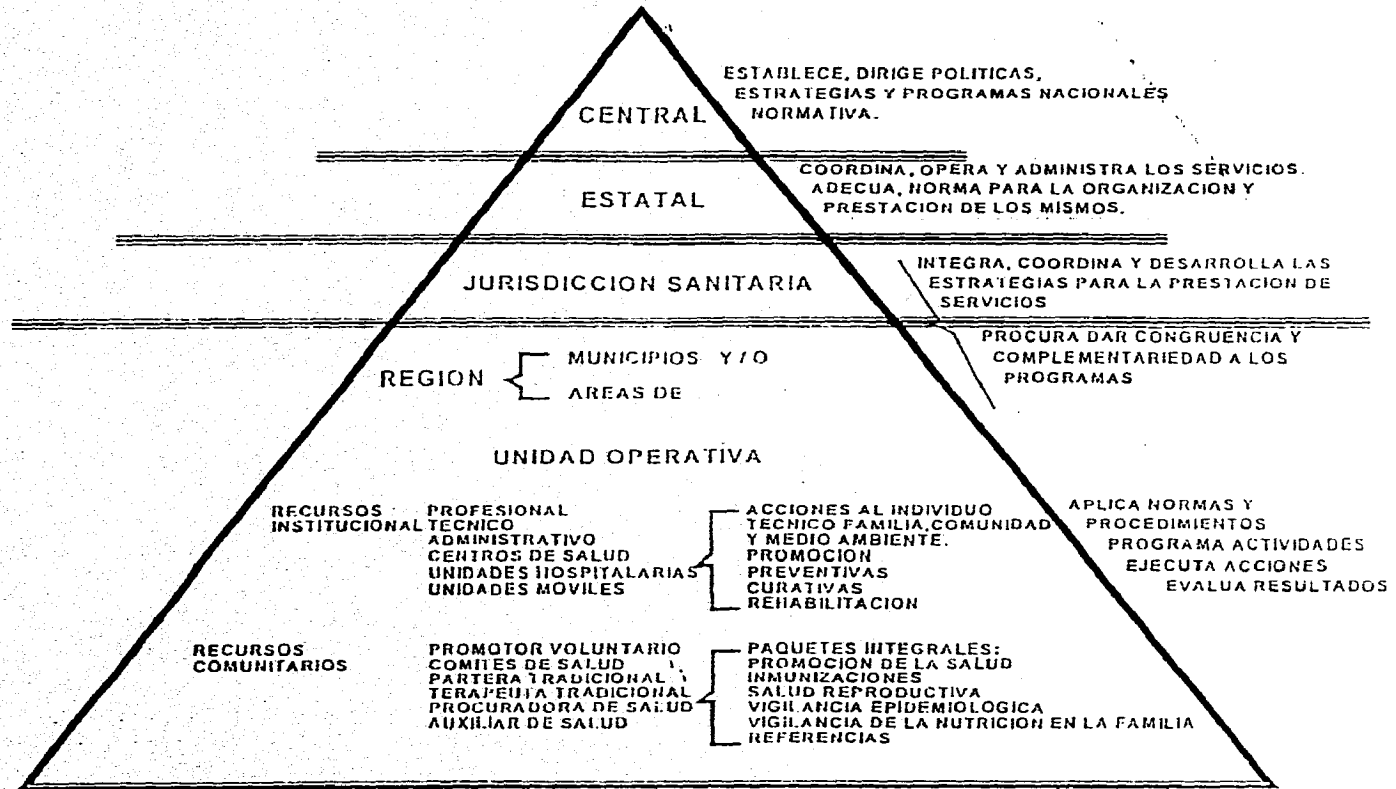
ANEXOS

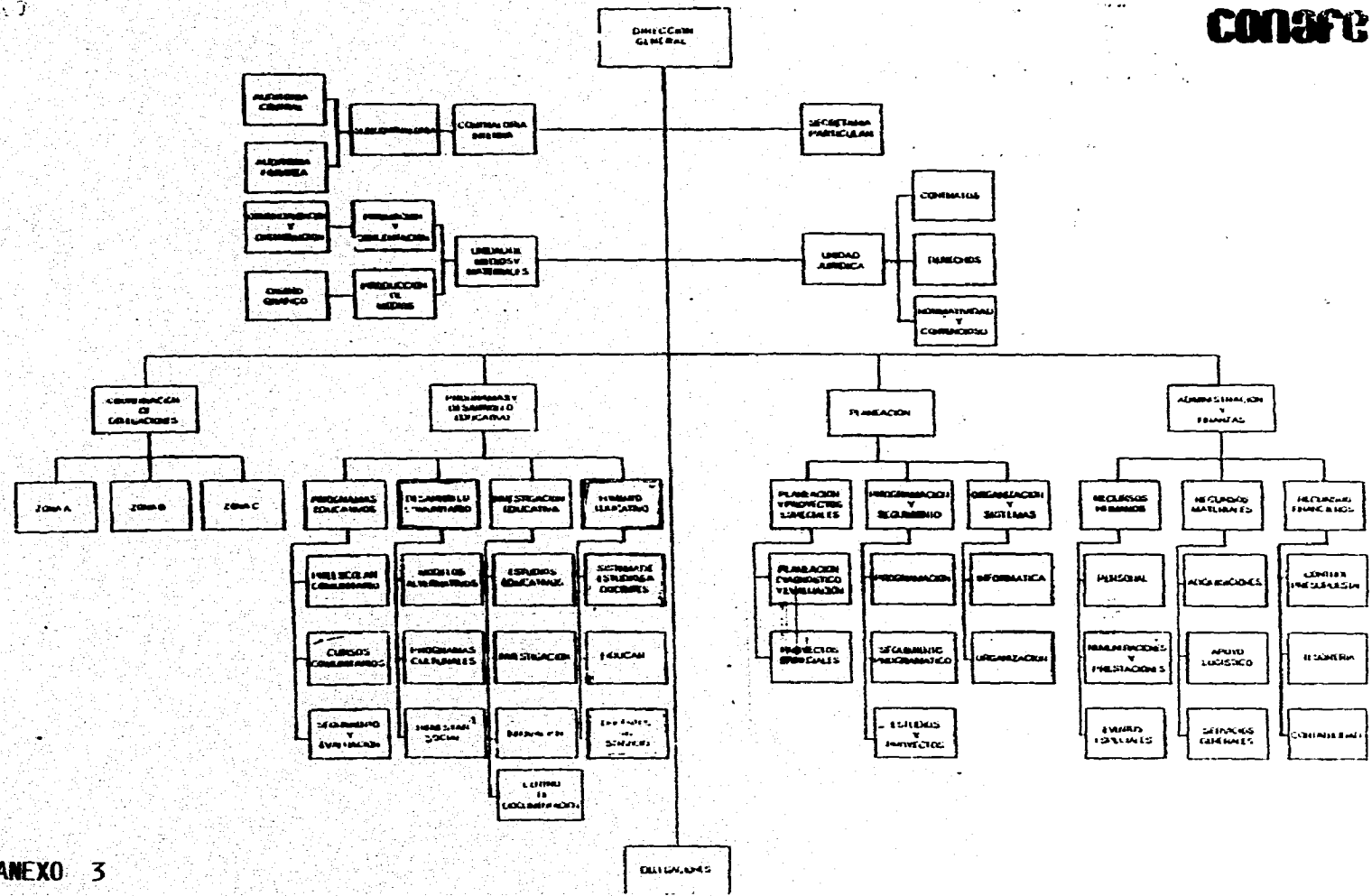
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DIRECCION GENERAL DE PROMOCION DE LA SALUD ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



PIRAMIDE ADMINISTRATIVA





**CUADRO DE RESULTADOS
SOBRE LA EVALUACION DEL
PROGRAMA DE SALUD
COMUNITARIA CICLO 93 - 94**

NIVEL ESTATAL

FASE: CAPACITACION

LINEAMIENTO

La capacitación a los equipos Jurisdiccionales deberá darla el Jefe de Fomento a la Salud.

PROBLEMATICA

La falta de conocimiento sobre el proyecto y los contenidos del manual propició que, el lenguaje utilizado por el personal de la SSA fuera técnico lo que provocó:

- Dificultades de comprensión para C.T. e I.C. y
- Evitó la falta de la sensibilización y apropiación de los contenidos del Manual por parte los IC.

No se contó con el material básico:
Manual de Salud Comunitario.

**CUADRO DE RESULTADOS
SOBRE LA EVALUACION DEL
PROGRAMA DE SALUD
COMUNITARIA CICLO 93 - 94**

NIVEL ESTATAL

FASE: CAPACITACION

LINEAMIENTO

La capacitación a los equipos Jurisdiccionales deberá darla el Jefe de Fomento a la Salud.

PROBLEMATICA

En algunas sedes no se presentó el personal de la SSA por lo que no se capacitó a los I.C.

**CUADRO DE RESULTADOS
SOBRE LA EVALUACION DEL
PROGRAMA DE SALUD
COMUNITARIA CICLO 93 - 94**

NIVEL REGIONAL

FASE: CAPACITACION

LINEAMIENTO

La capacitación para el desarrollo del proyecto tendrá la organización siguiente:

A nivel Regional

Una unidad de supervisión y capacitación formada por los C.T. de cada región y el médico de Planificación Familiar responsable de esta actividad en el área geográfica.

La unidad tendrá a su cargo la capacitación de los I.C. y la supervisión y ayuda técnica del trabajador de los I.C. en el proyecto.

La capacitación inicial será de manera intensiva.

PROBLEMATICA

- ✦ Desconocimiento por parte del personal de la SSA del tratamiento metodológico de los temas que incluye el Manual de Salud.
- ✦ La utilización de términos médicos por parte del personal de salud causó confusión a los I.C. y provocó que no se entendieran los temas.

- ✦ En ocasiones hubo inasistencia del personal de salud.
- ✦ Falta de tiempo para la capacitación y aclaración de dudas de los I.C.

**CUADRO DE RESULTADOS
SOBRE LA EVALUACION DEL
PROGRAMA DE SALUD
COMUNITARIA CICLO 93 - 94**

NIVEL REGIONAL

FASE: CAPACITACION

LINEAMIENTO

La capacitación permanente será a través de las reuniones de tutoría.

El trabajo del I.C. será proporcional, resaltando la importancia del cuidado de la salud y prevención de la enfermedad.

En ningún momento podrán asumir el papel de médicos.

PROBLEMATICA

≠ A este nivel no se recibió información sobre el desarrollo de la capacitación ni del proyecto.

≠ El personal de la Jurisdicción consideró problemático:

- Que los jóvenes no sean habilitados como parámetros
- El número elevado de jóvenes en la capacitación
- La edad de los instructores y capacitadores no les permitió la total atención hacia lo que se estaba realizando.

**CUADRO DE RESULTADOS
SOBRE LA EVALUACION DEL
PROGRAMA DE SALUD
COMUNITARIA CICLO 93 - 94**

NIVEL REGIONAL

FASE: R. TUTORIAL

LINEAMIENTO

La capacitación a los equipos Jurisdiccionales deberá darla el Jefe de Fomento a la Salud.

PROBLEMATICA

∨ Falta de planeación y elaboración conjunta de la organización a nivel regional.
⊕ Los contenidos de tutoría son determinados antes y a nivel estatal.

* La participación de personal de salud resulto ser esporádica.
∧ Falto informar oportunamente a las Jurisdicciones sobre la localización de las sedes y hora específica de participación.

**CUADRO DE RESULTADOS
SOBRE LA EVALUACION DEL
PROGRAMA DE SALUD
COMUNITARIA CICLO 93 - 94**

NIVEL LOCAL

FASE: CAPACITACION

PROBLEMATICA

Los temas se expusieron en corto tiempo, de manera general y quedaron dudas que no fueron resueltas.

No se trabajó la forma en la que se desarrollarían los temas en comunidad.

El personal de salud participante fue muy reducido y no alcanzó para atender los grupos.

Faltó incluir cómo elaborar materiales de apoyo para la comunidad.

La terminología utilizada por el personal de salud era muy técnica.

Los grupos fueron muy numerosos.

**CUADRO DE RESULTADOS
SOBRE LA EVALUACION DEL
PROGRAMA DE SALUD
COMUNITARIA CICLO 93 - 94**

NIVEL LOCAL

FASE: SERV. EN COM.

LINEAMIENTO

Vincular los contenidos de salud con los cursos de Preescolar Comunitario y generar acciones en el ámbito escolar que se proyecten hacia la comunidad.

PROBLEMATICA

Los I.C. no sabían como relacionar los contenidos de los programas educativos con los de salud, así como determinar la distribución de tiempos para las acciones en general.

PROYECTO "EXTENSION DE LAS ACCIONES DE PROMOCION Y CUIDADO DE LA SALUD"
SSA/CONAFE

ANEXO 5

- Proyecto interinstitucional: Salud comunitaria SSA/CONAFE

Antecedente:

El proyecto tiene su referencia en las misiones culturales complemento de la Educación Rural Mexicana, que retoma el objetivo de fomentar el desarrollo integral de las comunidades rurales marginadas.

Es importante reconocer que las distintas características de desarrollo económico social de cada región y localidad en México, y las raíces culturales; costumbres, tradiciones, formas de organización y producción propios de los grupos étnicos o de la población rural y en particular de los considerados marginados y dispersos.

Justificación:

En México, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1990, existen cerca de 154,000 comunidades con menos de 2500 habitantes³, cuyo aislamiento y dispersión geográfica hace difícil las condiciones de sobrevivencia y deterioro consecuencia del desarrollo de las fuerzas productivas, bases de una economía agrícola y ganadera, por medio de prácticas ancestrales en un atraso tecnológico.

Por lo tanto el estado propone proyectos que justifiquen las condiciones sociales, proporcionando servicios para el bienestar social de la población educación y salud, derechos de la Constitución, que orienta la política por medio de las instituciones en el supuesto desarrollo social y económico que requiere el proceso de "modernización" de nuestro país.

³ Memoria de la Consulta Nacional para la elaboración del programa de Modernización Educativa. Pág. 59.

Estos dos componentes principales del bienestar social están implícitos en el proyecto interinstitucional por dos instancias para garantizar este derecho, el educativo cuenta con diferentes tipos y modalidades educativas que faciliten el acceso a la educación, a la mayor parte de la población en edad escolar y del adulto. Y en atención a comunidades rurales a través de la modalidad de educación comunitaria, la cual corresponde al Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE)⁶, los procesos de transformación de las condiciones de vida de los habitantes de pequeñas comunidades.⁷

El consejo Nacional de Fomento Educativo desarrolla los programas de preescolar comunitario cursos comunitarios de financiamiento educativo rural (FIDUCAR), por medio de éstos proporciona educación básica a los niños de dichas comunidades. Sin embargo, es importante reconocer que diversos factores entre los que destacan las condiciones deficitarias de salud, alimentación y vivienda; la dificultad de acceso a las mismas, la carencia de servicios, etc., contradicen el objetivo de ser integrales dichos programas.

Institución educativa que establece y precisa sus proyectos acorde al Plan Nacional de Desarrollo en la búsqueda de modelos educativos,⁸ promoviendo para ello la participación de las organizaciones sociales y de las diferentes autoridades de los diversos niveles de gobierno.

En tanto la institución de salud propone, por medio de sus programas mejorar y ampliar sus servicios orientando sus acciones bajo el principio establecido en el Plan Nacional de Desarrollo de que:

“La salud no es sólo ausencia de enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social, propicio para su

⁶ Programa de Modernización Educativa. Poder Ejecutivo Federal. México. Pág. 33.

⁷ *Ibidem*. Pág. 83.

⁸ Plan Nacional de Desarrollo. 1989-1994. México. Pág. 104.

sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de todas las interacciones económicas sociales y culturales y es con ellas un componente sinérgico del bienestar social.”⁹

Es un hecho que el trabajo educativo y el de salud están relacionados estrechamente con la comunidad escenario de diversos programas de salud y el promotor institucional ha participado en apoyo a programas educativos. Política social impuesta en el Plan Nacional de Desarrollo, los Programas de Modernización Educativa y Nacional de Salud, que dirigen la política estatal. Concertación interinstitucional, que integren acciones que deriven en un proyecto bajo el supuesto del desarrollo de la salud en las comunidades rurales marginadas, lo cual, tiene e propósito del avance en los niveles académicos y elevar la calidad de vida de la población que acude a los programas educativos y de salud.

Objetivo del proyecto:

El objetivo tiene el fin de contribuir al desarrollo integral de los habitantes en las comunidades rurales marginadas, atendidas por el CONAFE. Y extender las acciones de educación y promoción en el cuidado de la salud a localidades de escasa población y difícil acceso, a través de los instructores comunitarios e integrantes de la Asociación Promotora de Educación Comunitaria (APEC). Sin embargo el desarrollo integral no se da porque exista un promotor de salud o educativo, es parte de los aspectos que conforman el bienestar social que promueve el estado en sus programas asistenciales para mantener el orden social en un sistema económico que provoca la desigualdad en la riqueza y por ende en los derechos universales del ser humano.

⁹ *Ibidem*. Pág. 104.

Metodología:

Establece la comunicación mediante métodos y técnicas de información para el conocimiento del proyecto CONAFE-SSA a los distintos actores de ambas instituciones y demás involucradas en el mismo. En capacitación al profesional de salud y el educativo del CONAFE y Jurisdicciones Sanitarias de la SSA.

El diseño y aplicación del sistema y la metodología para el seguimiento y evaluación periódica del programa.

La investigación en los contenidos del proyecto: Datos estadísticos de la problemática de salud en zonas rurales marginadas y experiencia con la estrategia de extensión de cobertura de salud, más características y funciones que realizaran los instructores comunitarios y los miembros de la APEC, así como la disponibilidad de materiales didácticos, los contenidos de promoción de la salud del proyecto fueron facilitados en tres etapas:

- **Primera Etapa:** Los contenidos de esta fase orientan a los problemas más importantes de las comunidades tales como: alimentación, higiene y seguridad, salud de la madre, salud de los niños y de los adultos.

- **Segunda Etapa:** A partir de los resultados obtenidos se elaboran materiales que giran en torno a:
 - a) Prevención de accidentes, primeros auxilios.
 - b) Saneamiento básico (letrización, basura, agua de uso doméstico y fauna nociva).
 - c) Fauna transmisora de rabia y paludismo.

- **Tercera Etapa:** Tomando en cuenta el desarrollo del proyecto y las características de los instructores, se proporcionó otros elementos que elevan la capacidad resolutive de problemas de salud de los instructores y miembros de los APEC.

Características del Proyecto: Es bajo los conceptos y principios que orientan las acciones de ambas instituciones y de las particularidades del trabajo que realizan así como la problemática que presentan las comunidades rurales marginadas, el proyecto especial para la extensión de las acciones de promoción y cuidado de la salud, se caracterizan por lo siguiente:

- Las funciones que desempeñan los agentes comunitarios: El instructor comunitario e integrantes de la Asociación Promotora de Educación Comunitaria (APEC) realizan tres funciones básicas; información orientación y canalización a los servicios de salud cercanos a la comunidad.
- Las funciones que desempeñan las APEC: Las APEC cumplirán en un primer momento, una función de apoyo al instructor comunitario quien buscará que dicha asociación se responsabilice de manera permanente del trabajo de promoción de la salud en su comunidad. Acciones de Promoción de la salud orientadas a la solución de los problemas de salud más comunes y de acuerdo a las necesidades locales.
- La participación activa, consciente y deliberada de la comunidad en la organización y operación de las acciones de promoción de la salud es una de las condiciones y a la vez el fin último del proyecto.
- Promueve a la comunidad para que se responsabilice de su proceso de aprendizaje y enfrentar los problemas individuales y colectivos de salud.

El proyecto tiene la organización de la estructura administrativa (anexo 1 y 2) por niveles, normativos a nivel central quien elabora proyectos y programas, establece lineamientos y procedimientos de los mismos. En coordinación con los estados y las figuras administrativas responsables de ambos organismos.

El desarrollo del proyecto y aplicación está en la unidad de supervisión y apoyo en la cual participan los trabajadores de la salud y educativo, en coordinación de funciones en supervisión, apoyo técnico y realización de seguimiento y evaluación del proyecto de acuerdo a las normas que se señalen.

El proceso de capacitación está dado por los Tutores Capacitadores de cada región y el médico de planificación familiar responsable de esta actividad en el área geográfica. Unidad responsable de capacitar a los instructores comunitarios y la supervisión y ayuda técnica al trabajo de los mismos en la comunidad integrada a la Asociación Promotora de Educación comunitaria en el Proyecto.

Los recursos de todo orden para la realización del proyecto en sus diversas etapas serán aportados de común acuerdo, por las dos instancias de salud y educación. Con base a la infraestructura y trabajadores que tiene actualmente cada una, en las diferentes fases del proyecto.

Seguimiento y evaluación:

Las actividades de seguimiento y evaluación de primer nivel estarán a cargo de los Capacitadores Tutores de CONAFE. En los otros niveles, estas actividades serán responsabilidad de los Coordinadores Académicos y los de Apoyo Logístico del CONAFE, y del Jefe de Jurisdicción y el del Departamento de Fomento de la Salud de la SSA. Las estrategias, métodos, técnicas e instrumentos de evaluación, son determinados por la Coordinación Nacional del Programa.