

00464



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

APLICACION DEL CURRÍCULUM ZARAGOZA PARA EL
TRABAJO DE CAMPO Y LA PROMOCION DE LA SALUD
COMUNITARIA EN LA COLONIA CANTERAS DEL PEÑON
LA JOYA, IZTAPALAPA (1995 - 2001)

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
IMELDA ANA RODRIGUEZ ORTIZ



DIRECTORA: DRA. ALMA XOCHITL HERRERA MARQUEZ

2004



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Aplicación del *curriculum* Zaragoza para el trabajo de campo y
la promoción de la salud comunitaria en la colonia Canteras del
Peñón La Joya, Iztapalapa (1995-2001)

Imelda Ana Rodríguez Ortiz

Maestría en sociología

Dra. Alma Xóchitl Herrera Márquez

Directora

2004

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Imelda Ana

Rodríguez Ortiz

FECHA: 17 05 04

FIRMA: Imelda A. Rodríguez

Agradecimientos

A la población de Canteras del Peñón La Joya

A los maestros

Dra. Alma Xóchitl Herrera Márquez

Mtra. Alicia Eguiluz de Antuñano

Dra. Margarita Theesz Poschner

Mtro. Artemio Abarca Sánchez

Mtra. Claudette Dudet Lions

A Jaime Reyes Juayek por su siempre amabilidad

A José Antonio Durand Alcántara por el apoyo y sugerencias gramaticales

A Carla y Ernesto por convencerme de la existencia de lo imposible

***El arte rompe la ley cósmica, implica su primera excepción,
su contingencia de lo humano, es otra ley de la existencia***

(Antonio Caso)

Nada vale enseñar, nada vale instruir, si no se educa

(Justo Sierra Méndez)

Por mi raza hablará el espíritu

(José Vasconcelos)

ÍNDICE

Introducción	1
1. LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA	
1.1. Fundación	9
1.2. <i>Misión</i> de la FES Zaragoza	33
2. ENSEÑANZA Y <i>CURRÍCULO</i> MODULAR	37
3. PLAN DE ESTUDIOS: CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO	
3.1. Antecedentes	53
3.2. Diseño	59
3.3. Perfil profesional	61
3.3.1. Funciones profesionales	63
3.3.2. Organización curricular	64
4. TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA. ORIGEN Y CONTEXTOS	
4.1. Antecedentes principales	
4.1.1. Universitarios y salud comunitaria	69
4.1.2. <i>Desarrollo comunitario y desarrollo de la comunidad</i>	74
4.1.3. Nuevas propuestas universitarias	78
4.2. Salud comunitaria como política en salud	
4.2.1. Contexto nacional: derecho a la salud	86
4.2.2. Contexto internacional: Alma Ata	98
4.2.3. Promoción de la salud: salud pública	102
5. TRABAJO DE CAMPO EN SALUD COMUNITARIA: PROPUESTA FES Z	
5.1. Ubicación en plan de estudios	117
5.2. Programas	121
5.3. Principios metodológicos	124
5.3.1. La observación	129
5.3.2. Trabajo en equipo	132
5.3.3. Multidisciplina e interdisciplina	138
5.3.4. Contribución de las ciencias sociales y las humanidades	141
5.3.5. Contribución de la Epidemiología	154
5.3.6. Formación técnica y científica	157
5.3.7. Formación humanística y ética	163

5.4. La comunidad, el diagnóstico y la intervención	
5.4.1. Concepto de <i>comunidad</i> : su importancia para el TCSC	173
5.4.2. Diagnóstico de salud comunitaria	184
5.4.3. Diseño y aplicación de programas de intervención	191
5.3.4. Participación comunitaria	192
6. LA COMUNIDAD DE CANTERAS DEL PEÑÓN LA JOYA (CJP)	
6.1. A las Canteras del Peñón se llega por azar	203
6.2. De la cima del Tepepulco a la zanja del Peñón del Marqués	206
6.3. De la zanja a la trinchera	
6.3.1. Adueñarse de la casa: tarea femenina	210
6.3.2. El miedo convoca a la organización social	215
6.3.3. Lo cotidiano disputa tiempo a la violencia	219
6.3.4. Los colores de la pobreza	223
6.3.5. El entorno es una construcción	225
7. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL CURRÍCULO ZARAGOZA EN CPJ	
7.1. Actividades de investigación y promoción de la salud comunitaria	
7.1.1. Elaboración del diagnóstico socioeconómico y de salud	233
7.1.2. Evaluaciones nutricionales	249
7.1.3. Elaboración de instrumentos y material didáctico	263
7.1.4. Trabajo multidisciplinario e intrdisciplinario	263
7.2. Actividades de organización y gestión cultural	
7.2.1. La creación de la biblioteca <i>Tlahcopa</i>	265
7.2.2. Donativo de mobiliario para el centro preescolar	268
7.2.3. Relaciones con el DIF	268
7.2.4. Relaciones con la organización CÁRITAS	269
7.2.5. Relaciones con la Fundación Bartolomé de las Casas	269
7.2.6. Convenio entre FES Z y Deleg. Iztapalapa	270
7.3. Extensión de otros servicios otorgados por la FES Zaragoza	271
8. CONCLUSIONES	273
BIBLIOGRAFÍA	285
ANEXO. Delegación Iztapalapa: entorno de la FES Z	299

Introducción

En el contexto de la función social que realiza la Universidad Nacional Autónoma de México, mediante el trabajo académico y profesional que desempeñan sus comunidades, cabe resaltar que las actividades curriculares que se propusieron para los planes y programas de estudio de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, tuvieron en su origen, el espíritu de las más importantes tradiciones que la Universidad se ha planteado y que se consignan en su propia legislación:

impartir educación superior para formar profesionistas, investigadores, profesores universitarios y técnicos útiles a la sociedad; organizar y realizar investigaciones principalmente acerca de las condiciones nacionales y extender con la mayor amplitud posible los beneficios de la cultura..." (siendo) "El propósito esencial de la Universidad, estar íntegramente al servicio del país y de la humanidad, de acuerdo con un sentido ético y de servicio social, superando constantemente cualquier interés individual."

La propuesta educativa que la FES Z adoptó en 1976 para la carrera de médico cirujano, la ha distinguido de otros proyectos universitarios y uno de los componentes curriculares de mayor relevancia, ha sido el trabajo de campo en salud comunitaria que responde ampliamente a los principios y tareas sustantivas de nuestra Universidad Nacional.

La presente tesis tiene como principal objetivo, describir y analizar la actividad académica denominada *trabajo de campo en salud comunitaria* (TCSC) como uno de los componentes curriculares que caracterizan la educación profesional del médico cirujano que forma la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Z), cuya característica fundamental reside en la integración de la docencia, la investigación y el servicio universitario desde una perspectiva interdisciplinaria y de trabajo en equipo, que pone en juego el desarrollo de capacidades y

* Artículos 1° y 3°, Título Primero, Estatuto General de la Universidad Nacional Autónoma de México.

habilidades técnicas, científicas y éticas para que el estudiante logre relacionarse con las poblaciones de su entorno y obtener beneficios mutuos.

En el trabajo de campo en salud comunitaria se trata de hacer énfasis en el modo de aprender, más que en los contenidos del saber; se trata de trabajar sobre conocimientos que puedan ser útiles socialmente, por encima de los conocimientos que puedan ser sólo de utilidad práctica para el profesionalista; por lo tanto, el alumno debe aprender a registrar, organizar, sistematizar, comprender y explicar un acontecimiento social, una experiencia emocional, un hallazgo cultural o un hecho cualquiera que le comunique información, datos y la motivación para estudiar y ejercer su capacidad de análisis, para elaborar un esquema de interpretación, para pensar en soluciones distintas a las que una comunidad está habituada y que el mismo alumno ignoraba que podían existir.

El trabajo de campo en salud comunitaria además de constituirse en un escenario de trabajo que articula la docencia con la investigación y el servicio, el ejercicio de la multidisciplinaria-interdisciplinaria y la vinculación teoría-práctica, es un método para la investigación sociomédica que forma e instruye al estudiante para el acopio, análisis y difusión de información en salud, para la toma de decisiones y resolución de problemas que trasciendan la explicación biológica de salud, ya que los alumnos se relacionan con otros campos del conocimiento científico y con problemas sociodemográficos, éticos y culturales.

Asimismo, los equipos de trabajo elaboran programas de intervención comunitaria para proponer y desarrollar soluciones que aminoren el impacto de los problemas que cotidianamente se expresan en una comunidad. A su vez, el TCSC puede facilitar la relación del estudiante con los líderes de las comunidades, le sensibiliza y le permite actuar desde una plataforma intelectual más compleja y congruente. Me propongo demostrar que el TCSC no sólo es una estrategia de aprendizaje, sino que representa sobre todo, una actividad cultural de gran impacto en la formación profesional porque se propone, precisamente, cambios culturales para

el ejercicio de la educación, la investigación, la extensión universitaria y las prácticas profesionales. Es en la práctica comunitaria, donde la realidad se constituye en fuente epistémica para la construcción de problemas, conocimientos y soluciones a la luz de teorías sociales.

El TCSC es herramienta indispensable para realizar investigación y programas de intervención en salud en el contexto de situaciones reales. El trabajo de campo contribuye al desarrollo institucional de la FES Z en tanto que desarrolla el *currículum* formal, a pesar de que el plan de estudios no haya sufrido modificación alguna desde hace 27 años.

En los tres primeros apartados de la tesis, se analizará la visión filosófica y pedagógica del modelo de enseñanza modular de la FES Z, los principios y componentes curriculares del plan de estudios de la carrera de médico cirujano y los fundamentos y estrategias del TCSC. Los principales fundamentos que se revisan corresponden a la creación de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP) que en la década de los años 70, el rector Pablo González Casanova las propuso como un proyecto universitario alternativo e innovador que al mismo tiempo recuperaba enriquecida, la visión científica y humanista de Justo Sierra, José Vasconcelos y Antonio Caso.

Desde su origen, la FES Z (antes ENEP Z) tuvo el compromiso de desarrollar 7 planes de estudio de profesiones relacionadas con la salud (médico cirujano, cirujano dentista, enfermería, psicología, biología, químico-farmacéutico-biólogo e ingeniero químico). Los funcionarios y profesores fundadores compartían la inquietud por ser críticos frente a la educación tradicional y propositivos tanto en el diseño de los programas académicos, como en los modelos de enseñanza y evaluación académica.

En el campo de la investigación en salud, se contagiaba el ánimo por adherirse a la perspectiva del análisis sociohistórico para el estudio del proceso salud-

enfermedad, corriente teórica que tuvo fuerte impacto en las universidades latinoamericanas entre las décadas 1960 a 1980. La discusión del momento incluía la propuesta del trabajo interdisciplinario y en equipo con el fin de ampliar los horizontes del conocimiento, articular discursos y métodos de investigación más flexibles y proponer novedosas alternativas de solución ante la crisis del modelo médico hegemónico.

Por otra parte, el mundo intelectual conocía de investigaciones realizadas entre instituciones y personas de diferentes profesiones y campos de aplicación. Era común encontrarse con reportes de investigación en epidemiología social, neuropsicología, antropología médica, salud-enfermedad y trabajo o las llamadas enfermedades de la pobreza, por ejemplo. Algunos de estos trabajos se proponían el *desarrollo comunitario* como alternativa liberadora de la tutela del Estado.

Asimismo, organismos internacionales como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y Alianza para el Progreso (ALPRO) y fundaciones norteamericanas como Rockefeller y Kellogg's, distribuían en América Latina importantes financiamientos y diseñaban proyectos de desarrollo regional a través de impulsar un modelo de trabajo denominado *desarrollo de la comunidad*.

Reformular la enseñanza de la medicina, era también un movimiento en ascenso; reuniones de carácter internacional promovidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la de Alma Ata (1976-78) se constituyeron en procesos y vías de articulación para fijar políticas internacionales para todos los países miembros. Justamente en 1978, se adopta a nivel mundial, el modelo denominado *Atención Primaria de Salud* que tenía como principales propósitos: formar médicos comunitarios para extender la cobertura de la atención y educación en salud a toda la población y aprovechar los conocimientos y recursos de salud de las comunidades para fomentar, desde la política de fomento y promoción de la salud, la participación comunitaria para la atención y el autocuidado de la salud.

Esta movilización social, teórica y política ocurrió durante los primeros años de creación de la FES Z y, sin duda, determinó su carácter de escuela nueva para la enseñanza de la medicina con enfoque humanista, sin el cual, hubiera ganado rápidamente terreno la práctica médica tecnificada con enfoque curativo sobre el órgano dañado y no sobre las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales del ser que padece y que son, a fin de cuentas, los determinantes efectivos sobre la salud individual y colectiva.

Parece sorprendente observar que 10 años después de los planteamientos de Alma Ata, la política de salud del gobierno federal (contenida en este documento por los aspectos legislativos) contrajo mayores compromisos en el concierto de las políticas internacionales de salud, en menoscabo de principios y prácticas profesionales de mayor tradición y contenido social. La apertura de universidades privadas** y el diseño de los programas nacionales de salud, se han orientado cada vez más a considerar que la salud-enfermedad es, sobre todo, un problema individual cuya atención sólo requiere de una buena capacitación técnica profesional y de los cambios de vida de la población, *estilos de vida saludable* llaman ahora. No obstante, hace falta que los profesionales de la salud se formen en tareas de prevención y promoción de la salud comunitaria, pues de otro modo se está reduciendo el compromiso legal y el campo de los problemas científicos y sociales que habían venido siendo de su obligada competencia.

** En el año 2000, la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica tiene registradas 78 escuelas de medicina en el país. Entre 1901 y 1970 se crearon 18 escuelas de medicina; de 1971 a 1998 se crearon 37 y sólo entre 1999 al 2000 se crearon 14 nuevas escuelas. Todas éstas se sumaron a las 9 escuelas que existían hasta 1900. La aplicación de los estándares y procesos de evaluación de las escuelas de medicina para obtener su acreditación, no implican análisis exhaustivo de la dimensión social de la tarea educativa. De hecho, la *acreditación* ha sido una medida impuesta a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá, convenio al que se sumaron programas nacionales tales como: el Programa de Modernización Educativa 1989-1994, el Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior (PROIDES/1986), la Comisión Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CONAEVA/1989), los Comités Interinstitucionales de Evaluación de la Educación Superior (CIEES/1990) y el Centro Nacional de Evaluación (CENEVAL/1993). A partir del año 2000 se estableció el Sistema Nacional de Acreditación y el Proceso de Certificación de Médicos Generales.

No obstante la existencia de coyunturas tan notables, podemos afirmar que el plan de estudios de la carrera de médico cirujano que se imparte en la FES Z desde 1976, entonces ENEP Z, recoge en primer lugar, el espíritu científico-humanista que vio nacer a la Universidad Nacional a principios del Siglo XX y que forma parte sustantiva de las más fuertes tradiciones para la Universidad Nacional Autónoma de México; en ese sentido es que el TCSC representa una forma concreta de renovar todos los días esa misma tradición. Así, el modelo de enseñanza de tipo modular, pondera la formación integral de los estudiantes mediante actividades teórico-prácticas realizadas en escenarios reales con la asesoría de equipos interdisciplinarios, con el interés de vincularse a las comunidades de su entorno físico y social para fortalecer la formación profesional del estudiante y brindar un servicio a la sociedad .

Por lo tanto, a partir del capítulo cuatro se intenta recuperar una visión retrospectiva sobre principios y prácticas universitarias que deben constituirse en la base real de nuestras actividades académicas y profesionales, y considerar que el modelo de formación profesional en salud propuesto desde la política internacional denominada *Atención Primaria de Salud* (APS), se subsume al tipo de universidad pública que hemos constituido como sociedad. Ello puede ser elemento de explicación del por qué esta actividad curricular se mantiene en nuestro plan de estudios aún cuando en el ámbito nacional e internacional la APS haya abandonado su posición ideológica dominante, al tiempo que se ha desdibujado la preocupación de las universidades por proponer modelos de formación profesional alternativos.

Esta tesis es el primer documento que recupera de manera crítica la información de las bitácoras del trabajo de campo para reconstruir la experiencia y reflexionar sobre los alcances culturales de la instrumentación metodológica, más allá de los convenios y políticas nacionales e internacionales. Incluso, más allá de nosotros mismos, pues a pesar de carecer de un programa de estudios, o tal vez debido a ello, cada una de las actividades comunitarias se constituyen en experiencias por

construir que exigen la innovación permanente en modelos de trabajo académico. Esta libertad de cátedra ha abonado durante 27 años, múltiples experiencias que desgraciadamente no se han documentado, no obstante que cada cual, reivindica la importancia del TCSC para el cumplimiento de las funciones sustantivas de la Universidad Nacional.

Podrá apreciarse en el capítulo cinco, los elementos constitutivos del TCSC desde la propuesta formal del plan de estudios de la carrera de médico cirujano de la FES Z que, lamentablemente, no ha sido evaluado para respondernos como escuela, que tanto hemos avanzado o perdido en el camino. No obstante, esta tesis contribuye a abonar elementos de análisis para dicha evaluación.

Asimismo, pretendo analizar en el capítulo seis y siete, las formas de relación social emergentes entre el equipo de trabajo universitario y la comunidad de Canteras del Peñón La Joya, formas que han sido de utilidad para establecer criterios de seguimiento y evaluación de nuestro trabajo universitario. Se exponen los resultados de la aplicación metodológica tomando como referencia la experiencia en la comunidad de *Canteras del Peñón La Joya*, Delegación Iztapalapa, Distrito Federal durante el periodo comprendido entre 1995-2001, que se refiere al momento de llegar e iniciar el trabajo y al momento en el que se decidió que los colonos asumirían la responsabilidad de las acciones y nosotros sólo contribuiríamos con algunas asesorías.***

La red de apoyo que se logró entre algunos colonos y miembros del equipo de trabajo es vigente, ello ha permitido que la comunicación siga fluyendo entre ambas comunidades y que los colonos se sepan dueños del proyecto que a la fecha mantienen en movimiento, aunque no todas las personas que lo iniciaron continúen apoyándolo ahora. Tampoco se mantuvieron unidos los equipos de

*** En el anexo, el lector podrá encontrar una breve monografía de la Delegación Iztapalapa para documentar y ofrecer contexto sobre el entorno de la FES Z.

trabajo de profesores y alumnos, pero lo que es realmente sobresaliente, es que los pobladores de la cantera siguen asistiendo a la FES Z a solicitar servicios y a asesorarse para la continuidad de algunos proyectos.

Esta vinculación universidad-sociedad, que en sí misma contiene una propuesta de trabajo político y cultural, sólo es posible cuando la educación superior se ofrece a las comunidades en forma horizontal y donde es más importante resolver un problema que memorizar la teoría o esperar la llegada de los expertos.

Finalmente, importa destacar que aún en tiempos de aguda crisis económica, la UNAM cuenta con proyectos educativos como éste, donde el despliegue de actividades en aula y campo busca desarrollar la educación integral de sus estudiantes en la amplitud de recursos científicos, éticos, estéticos y técnicos, en el marco de un pensamiento complejo, crítico y comprometido con el desarrollo del país y, al mismo tiempo, pretende educar y aliviar algunas carencias de la población que comparte su entorno físico y social.

Sin embargo, esto no puede ser suficiente, con este trabajo también me propongo iniciar un espacio de análisis y discusión que permita construir el fundamento común de las actividades que realizamos en las comunidades aledañas a la FES Z****, frente a la tendencia que rige el proyecto de globalización preocupado en impulsar las llamadas *sociedades del conocimiento*, que absolutamente nada tienen que ver, con las *comunidades de cultura* o *comunidades de aprendizaje*, que promovieron insignes universitarios, entre ellos, los maestros Justo Sierra, José Vasconcelos, Antonio Caso y Pablo González Casanova. Sus propuestas siempre tuvieron como fin común: anteponer al interés personal el interés colectivo y contribuir al desarrollo de la sociedad mediante el trabajo de la Universidad Nacional.

**** Delegación Iztapalapa, Ciudad Nezahualcoyotl y Municipio Los Reyes La Paz.

1. La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

1.1. Fundación

Esencialmente son dos los antecedentes que contribuyeron al surgimiento de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. El primero de ellos puede encontrarse en algunos fragmentos del discurso del rector Ignacio Chávez, titulado: "El problema de la sobrepoblación escolar en la Universidad Nacional Autónoma de México, proyecto de solución a corto plazo". En este mensaje, dado a conocer a la comunidad universitaria el 4 de enero de 1965, el Dr. Chávez mencionó que el análisis sobre la población que atiende la UNAM y sobre la demanda potencial de estudiantes en el corto plazo, le permitía asegurar dos hechos: la imposibilidad de seguir atendiendo alumnos en las instalaciones de Ciudad Universitaria pues se encontraban saturadas sus instalaciones y, que ni siquiera era posible atender la demanda de su propio bachillerato.

Considerando que en 1964 se estableció el bachillerato de tres años, el rector propuso que durante el año adicional, tiempo que los alumnos del bachillerato retrasarían su entrada a la universidad, se podría iniciar la preparación de nuevos académicos y la edificación de nuevas escuelas de educación superior. Señalaba el rector:

Después de iniciada la formación de catedráticos, el resto debe hacerse con la diligencia y la meditación suficientes. Un punto de máxima importancia por resolver será el siguiente: ¿debe hacerse una nueva Universidad en la Capital, independiente de la nuestra, pero subordinada a alguna dependencia pública?. ¿O bien una nueva Universidad Autónoma?. ¿O más sencillamente, un cierto número de escuelas profesionales que en sus primeros años, en tanto completan sus carreras, trabajen dentro del marco de las exigencias académicas que les fije nuestra Universidad, pero con cierta independencia administrativa, algo así como si fuesen sucursales o instituciones afiliadas a nuestra Casa de Estudios?.

Cuando el rector hacía estas preguntas a la comunidad universitaria, ya existía en él la certeza de que para poder cubrir la demanda de nuevo ingreso a la Universidad era indispensable incrementar los planteles educativos de educación superior. Un mes antes, en diciembre de 1964, Chávez había sostenido una importante conversación con el Presidente de la República Lic. Díaz Ordaz y con el Secretario de Educación Pública, Lic. Agustín Yáñez, de quienes había recibido la aprobación y la promesa de financiamiento para el proyecto de expansión universitaria.

Sin embargo, ampliar la matrícula escolar o abrir nuevas universidades, estaba lejos de ser el problema central de la educación superior. Castrejón (1998) señala por ejemplo, que el crecimiento de la matrícula se había producido principalmente en el contexto de decisiones políticas para legitimar la posición de reconciliación del Estado con aquellos sectores de la universidad que pugnaban por acercar a la institución educativa con las demandas y necesidades del mercado laboral. Mientras tanto, otros sectores de la universidad se hacían planteamientos sobre qué bases ideológicas debieran sustentarse los cambios en la Universidad; qué enseñar y cómo ejercer la docencia, qué y cómo investigar, qué carreras deberían cerrar o ampliarse o si la Universidad Nacional debería mantener su función crítica y de transformación sobre la sociedad o no.

La discusión sobre el proyecto universitario era el punto medular pues el financiamiento se estaba garantizando por parte del gobierno, no obstante, asegurar el crecimiento de instalaciones y matrícula escolar estaba representando una oportunidad para debatir si la UNAM podría mantener "un papel crucial en la producción y reproducción de jerarquías cognoscitivas y sociales, en la estratificación y movilidad de la sociedad, de la cultura y el poder" (Kaplan, 1994, p.59). En consecuencia, ese debate abarcaba la consideración de los principios y funciones sustantivas de la Universidad en el contexto por reivindicar la tarea social de promover educación universal y gratuita para los jóvenes.

El segundo antecedente importante ocurre entre los años 1970-72 y 1973-76, durante los rectorados de Pablo González Casanova y de Guillermo Soberón Acevedo, quien estaría al frente de la UNAM hasta 1980.

Con el Dr. González Casanova, la Universidad Nacional Autónoma de México se encontró desde el primer día de su gestión, trabajando en el diseño de un proyecto de reforma universitaria, que entre otras cosas se proponía ampliar la oferta educativa en beneficio de una población joven menor de 15 años que en esa época representaba el 46% de la población total (censo 1970) y que significaba una presión al sistema educativo del bachillerato y de educación superior. La reforma universitaria se debatía a la luz de la crisis del movimiento de 1968 y en el contexto de una política de Estado aparentemente dispuesta a dialogar con los universitarios, aún cuando en los hechos violentos ocurridos durante 1968 y 1971-72, el gobierno actuaba represivamente y mostraba intolerancia frente a las consignas estudiantiles. En estas condiciones de crisis para la Universidad y para el país, el proyecto de crear una universidad de masas tendría que buscar su propia legitimidad mediante el diseño de opciones nuevas.

El perfil del proyecto universitario se sustentó en la necesidad de generar nuevos modelos educativos y formas de organización curricular alternativas a las tradicionales y que promovieran, sobre todo, la integración de la docencia con la investigación y el servicio a través de impulsar la enseñanza teórico-práctica, fomentar la organización del trabajo multiprofesional e interdisciplinario y promover la descentralización física, administrativa y académica de la UNAM.

Asimismo, se proponía la innovación en los medios y formas de enseñanza, en la relación profesor-alumno y en la relación universidad-sociedad. Algunos de los principios que el rector mencionó en su discurso de toma de posesión se refirieron a considerar a la Universidad como un centro generador de *múltiples comunidades* que pudieran favorecer la *democratización de la enseñanza para enseñar a*

muchos y enseñar a un alto nivel e idear nuevas formas para extender los beneficios de la educación a la sociedad (González C., mayo, 1970).

En noviembre de ese mismo año el rector se dirigió al Consejo Universitario para proponer y dejar a su consideración los criterios de la reforma universitaria, éstos eran: impulsar la innovación académica mediante la creación de nuevos modelos educativos, fortalecer las finanzas universitarias y renovar el compromiso de los universitarios con la sociedad. Señaló el rector:

La reforma universitaria necesita empezar por cambiar el concepto mismo de la Universidad como tarea concreta, y por cambiarlo en todas sus funciones, sus relaciones o características... La enseñanza en los claustros universitarios requiere un proceso profundo, radical, de desclaustración. Al recinto escolar que subsista se tendrán que añadir cada vez más la fábrica-escuela, el hospital-escuela, la biblioteca-escuela, el hogar-escuela... Al profesor que dicte cátedra en el aula o enseñe en el laboratorio, se tendrá que añadir el profesor que escriba libros programados y convencionales en los que aprendan cientos de miles de estudiantes, el profesor que enseñe por la radio, el profesor que filme o dicte sus cátedras por los canales de televisión y los circuitos cerrados, y a ellos se añadirán sin duda sistemas de profesores que en pequeños grupos de 10 a 20 alumnos, trabajen en centros distribuidos en el territorio nacional aclarando a los estudiantes los problemas que vieron en la televisión y no entendieron, o los que leyeron en los libros o los cursos por correspondencia y que requieren una explicación, una aclaración, una discusión o plática informales... Nada se aprende mejor ni más bien que lo que se enseña, y al mismo tiempo resolvería una serie de problemas...

Durante la misma sesión, el rector hizo hincapié en la necesidad de *aligerar nuestros currícula*, hacerlos más flexibles, con una mirada interdisciplinaria y sin límites para el manejo de lenguajes, métodos y especialidades. Proponía que los profesores no dejaran de aprender nunca, que alumnos y profesores aprendieran por cuenta propia y entre sí mismos.

Este principio democratizador de la educación había sido pronunciado por prácticamente todos los rectores que le antecedieron, especialmente, Justo Sierra y José Vasconcelos quienes habían hecho pronunciamientos muy relevantes al respecto, sobre todo al referirse a la libertad intelectual y la extensión de la educación a toda la población. Más adelante veremos que la obra de Vasconcelos, en el sentido de democratizar y extender la educación a toda la sociedad, le ocuparía gran parte de sus funciones públicas durante casi la mitad del Siglo XX. Por su parte, Antonio Caso en 1933, había expuesto además, la tesis de la libertad de cátedra durante el Primer Congreso de Universitarios Mexicanos.

En su elocuente disertación, citada por Rafael Moreno (1989:14), dijo:

La universidad es una comunidad de cultura; se rige por el principio de la libertad de cátedra; se define por su compromiso con la clase proletaria; ejerce el sentido crítico frente a los problemas nacionales; en fin, al alumno asiste la libertad para inscribirse en la clase de su elección.

Rafael Moreno (1989), ha estudiado los diferentes discursos de Antonio Caso y opina que el eje fundamental de sus propuestas era el de convocar a los universitarios a vivirse como una comunidad de cultura, autónoma, libre, en la que siempre debiera quedar subordinado el interés individual al interés del grupo. En 1911 Caso había declarado que "la universidad es la comunidad donde se cultivan los campos de las acciones intelectuales". En 1914 un grupo de intelectuales, con Antonio Caso a la cabeza, habían creado una *Universidad Popular* en la que se daban clases libres a quien deseara asistir sin importar sus antecedentes escolares. Precisa Villegas (1992:141) que estas actividades, propuestas por Caso, son las que se pueden considerar esencia de la extensión académica y de la difusión cultural, en tanto que se puede "compartir la ciencia, la cultura y el arte con un público que no puede asistir a las aulas".

En 1932, Antonio Caso ponía el énfasis en que la cultura era creación de valores, sobre todo en las principales dimensiones del desarrollo humano: ética, estética,

religiosa, lógica, económica, social e histórica. Estos planteamientos que acompañaron el origen de la Universidad Nacional estuvieron también presentes en la propuesta de reforma universitaria que en su momento hubo planteado González Casanova y se incorporaron al nuevo proyecto de expansión de los servicios educativos. Aún cuando el ambiente político era de gran tensión, fue posible argumentar y asegurar el proyecto sobre algunas de las tradiciones universitarias más ilustres: el sentido universal y humanista de la educación universitaria, el quehacer científico y de investigación con proyección social que deben sustentar los programas de educación superior de la universidad pública.

En enero de 1971 el rector propuso al Consejo Universitario la creación del Colegio de Ciencias y Humanidades. En abril de ese año y con motivo de la inauguración de la XII Asamblea de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES), el doctor González Casanova, insistió en los propósitos de la reforma universitaria sustentada en cambios profundos en las formas de enseñar y aprender; nuevamente el problema de la interdisciplina, de la relación teoría-práctica y de la investigación-docencia-servicio fueron el preámbulo de su discurso para proponer que los profesores y los estudiantes universitarios se involucraran en la resolución de problemas concretos desde el ingreso a la formación profesional rebasando el trabajo del aula hacia el taller, la fábrica, la comunidad.

Hizo la precisión sobre la modificación o creación de nuevos planes de estudio basados en objetivos y unidades de aprendizaje, sin tiempos ni horarios rígidos. Algunos meses después, en agosto, el rector precisó que la reforma universitaria atendía a tres aspectos principales:

- ❖ Reforma académica
- ❖ Reforma del gobierno y administración
- ❖ Reforma de la difusión política y cultural

En febrero de 1972 el Consejo Universitario aprobó los estatutos de la Universidad Abierta, constituida como un sistema dinámico y de libre opción para apoyar la formación profesional de grandes sectores de la población que a través de este modelo educativo podrían encontrarse en posibilidad de autorregular sus propios procesos educativos e interesarse por continuar aprendiendo permanentemente, toda vez que el énfasis del modelo estaba dado por la importancia concedida al aprendizaje individual y grupal, al interés, capacidad y compromiso de los estudiantes con su formación, así como en la relación del alumno con su entorno, por encima de privilegiar los métodos de enseñanza particulares de un profesor.

Pablo González Casanova renunció el 16 de noviembre de 1972 y en enero de 1973 tomó posesión como rector, el doctor Guillermo Soberón Acevedo, quien desde el principio de su rectorado, tuvo fuerte respaldo del gobierno de Luis Echeverría Álvarez para ampliar y renovar las instalaciones universitarias. Al respecto, señala Guevara Niebla (1990:76):

probablemente lo más conspicuo en el plano académico que tuvo esta administración fue la creación de un nuevo sistema académico, a través de unidades distribuidas por distintas zonas del Valle de México, las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, en las cuales fue posible experimentar nuevas formas de organización académica y nuevos métodos de enseñanza. En las ENEP se ensayaron, entre otras cosas, el sistema departamental-matricial de organización académica y el sistema modular de enseñanza ... La matrícula desbordó en 1980 los 300 mil alumnos; el número de contrataciones de personal académico se aproximó a 30 mil y los trabajadores administrativos eran, para 1980, aproximadamente, 26 mil.

Para la investigadora Ana Hirsch (1996), esta expansión universitaria transformó la universidad tradicional en una universidad masificada a la que contribuyó decididamente el gobierno federal; primero, entre 1970-1976, como una *estrategia de reconciliación* después de las represiones a los movimientos estudiantiles de 1966, 1968 y 1971; y en segundo lugar, como una *estrategia de control* a través de la asignación del presupuesto entre 1976-1982. Así vimos como el presupuesto

federal que se otorgó en 1970 había sido de 666 millones y para 1980 éste se había ido incrementando hasta alcanzar los 11,366 millones. No obstante, el crecimiento de instalaciones intra y extramuros del *campus* Pedregal, produjo una inevitable demanda de profesores e investigadores que no había alcanzado a formar la administración del Dr. Soberón. Por lo tanto, las nuevas escuelas empezaron actividades con una planta docente con poca o nula formación pedagógica.

Bajo la consideración de estos grandes acontecimientos, se concretaron los proyectos del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) y el Sistema de Universidad Abierta (SUA), al mismo tiempo que se definieron las condiciones para crear las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP). Asimismo, se dio un fuerte impulso para crear las tres unidades de la Universidad Autónoma Metropolitana (Iztapalapa, Xochimilco y Azcapotzalco) y los centros CONALEP (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica) creados en 1978; también, se apoyó la edificación y funcionamiento de escuelas particulares, principalmente se apoyó al Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).

Para la edificación de las nuevas escuelas (ENEP Y CCH) se eligieron terrenos de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México que, por sus carencias urbanísticas y el bajo nivel de desarrollo social, representaban un espacio idóneo para impulsar el trabajo universitario con enfoque al desarrollo comunitario que había propuesto el Dr. González Casanova. En el caso de los terrenos elegidos en la zona oriente y norte, también se tomó criterio de elección considerando la ausencia de planteles educativos de enseñanza media y superior y la demanda potencial de alumnos que allí existían. En el estudio de Adolfo Obaya (1995), se menciona que en estas zonas se concentraba el 32% de la población total que estaba matriculada en la UNAM.

El 23 de septiembre de 1975 en sesión del Consejo Universitario presidido por el rector Guillermo Soberón, se firmó el acuerdo de creación de las escuelas de Aragón y de Zaragoza. El 19 de enero de 1976, la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza inició actividades académicas con el desarrollo de siete planes de estudio, seis de licenciatura: Médico Cirujano, Psicología, Cirujano Dentista, Ingeniería Química, Químico-Farmacéutico-Biólogo y Biología; y la carrera de Enfermería a nivel técnico.

¿Qué son las ENEP?, fue el título de una nota editorial publicada en el primer órgano de difusión de la escuela, éste se llamaba *El polvorín de Oriente*. El ejemplar se publicó en mayo de 1976 y dado que ofrece una breve e interesante descripción de estas dependencias universitarias, se transcribe completo:

Como parte del programa de descentralización que lleva a cabo la Ciudad Universitaria, está la creación de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, mismas que tienen como fin acercar la universidad tanto a profesores como alumnos que viven en la periferia de la ciudad así como prestar servicio a la comunidad cercana a cada escuela, mediante extensión universitaria en las zonas más necesitadas. A través de estudios de caso se resolvió la creación de nuevos planteles en las zonas noroeste y oriente del D.F. surgiendo así las ENEP Cuautitlán, Iztacala, Acatlán y posteriormente Aragón y Zaragoza.

Las ENEP son escuelas universitarias agrupadas por áreas (salud, ciencias sociales, etc.), con igual jerarquía que las de C.U., a la que se ligan por vía económica y para la expedición de títulos de graduación. Con las ENEP se pretende incorporar algunas innovaciones en las formas tradicionales de la enseñanza: el servicio social como parte de la práctica profesional y la interdisciplinariedad como práctica científica superior.

En este sentido las ENEP preparan a sus alumnos para una asistencia efectiva a la comunidad, que al mismo tiempo les sirva como un intenso ejercicio para la futura práctica profesional, realizando diversas actividades como: campañas de vacunación, instalación de clínicas de asistencia, campañas de prevención y otros.

En cuanto a la interdisciplinariedad se trabaja sobre el proyecto de instalación de clínicas integrales de la salud, donde se contempla la posibilidad de prestar servicios múltiples, integrando así la enseñanza de la ciencia en el contexto real.

Las carreras que imparten las ENEP son las siguientes:

La ENEP Acatlán prepara a los alumnos en las carreras de actuario, arquitectura, ingeniería civil y las licenciaturas en ciencias políticas, derecho, economía, filosofía, historia, pedagogía, periodismo, lengua y literatura, sociología y relaciones internacionales.

La ENEP Cuautitlán dicta las licenciaturas en administración, contaduría, ingeniería agrícola, químico, mecánico, médico veterinario y químico farmacobiólogo.

La ENEP Iztacala imparte las carreras de biología, cirujano dentista, médico cirujano y licenciatura en psicología.

La ENEP Aragón cuenta con las carreras de arquitectura, diseño industrial, ingeniería civil y mecánica, y las licenciaturas en derecho, economía, pedagogía, periodismo, relaciones internacionales y sociología.

La ENEP Zaragoza es la de más reciente creación, junto con el plantel Aragón, fueron inauguradas el 19 de enero de 1976, razón por la cual no han sido concluidas la totalidad de las instalaciones y edificios previstos.

En Zaragoza se imparten las carreras correspondientes al área de la salud y ciencias químico biológicas: psicología, cirujano dentista, enfermería, médico cirujano, biología, químico fármaco biólogo e ingeniería química. Este plantel cuenta con una población de 2754 alumnos, de los cuales 300 son de medicina, 995 de odontología, 409 de enfermería, 533 de psicología, 305 de biología, 107 de químico fármaco biólogo y 105 de ingeniería química.

En este mismo boletín se describieron algunos aspectos de las instalaciones:

La ENEP Zaragoza fue construida en un predio de 11.3 hectáreas, trabajando para ello 200 albañiles, 8 arquitectos e ingenieros que en aproximadamente 5 meses hicieron cuatro edificios, una clínica, un estacionamiento, un área de jardines y una unidad de mantenimiento.

En la actualidad están en funcionamiento 24 aulas, 18 cubículos, 24 laboratorios, 8 salas de servicios y administración y un auditorio.

La segunda etapa de construcción de Zaragoza pretende terminarse en octubre de 1976 y está planeada la realización de 10 edificios más.

El personal que alberga la ENEP Zaragoza es de 64 de confianza, y 168 sindicalizados de los cuales 54 son técnicos, 85 administrativos y 19 de vigilancia. Los alumnos del plantel suman 2754, divididos en las 7 carreras que imparte la escuela y el profesorado lo forman, para el primer semestre, 130 docentes aproximadamente.

Llama la atención la descripción sobre las precarias condiciones de infraestructura con las que inició actividades la ENEP Zaragoza. Solamente para ilustrar diremos que la ENEP Acatlán que se inauguró en 1975 (Jiménez Guzmán, 2002:50), contaba con un terreno que abarcaba 30 hectáreas, con 75 mil metros cuadrados de construcción en más de 29 edificios. La matrícula de los alumnos ascendía a 15 mil y la planta académica era de aproximadamente 1500 profesores, 220 de los cuales eran de carrera y el resto de asignatura.

Mientras que en la ENEP Z, muchas de las aulas carecían de puertas, pisos terminados o vidrios en las ventanas; algunas de las instalaciones se encontraban en "obra negra", por lo que los trabajos de construcción continuaron una vez iniciadas las actividades académicas. Otros fenómenos que afectaban el ánimo, tránsito de personas, la salud y el paisaje del lugar tenía que ver con la cercanía (aproximadamente 500 metros) que se compartía al poniente con el tiradero de basura a cielo abierto de *Santa Cruz Meyehualco*, pues era importante fuente fija de contaminación para el aire, agua y suelo de la zona. Había algunos terrenos cercanos donde los colonos procuraban la crianza de animales domésticos (pollos, cerdos, conejos, caballos y vacas) y alrededor de la escuela existían varios asentamientos irregulares que se venían produciendo desde la década anterior.

Las inundaciones de las principales vías de acceso que han ocurrido en la temporada de lluvias son históricas por el cúmulo de anécdotas que han

provocado. Particularmente recuerdo que los niños y jóvenes de la zona salían y salen en plena *tempestad* a auxiliar a los automovilistas. Nos han ayudado a reconocer los tramos de calle con menos baches y colocando sus cuerpos en diferentes lugares, nos indican la variación en la profundidad que existe a lo largo y ancho de las calles, de tal modo que nos permitan tomar decisiones sobre la mejor ruta de tránsito.

Llegar a la ENEP Z representaba también serias dificultades. Si se poseía un auto, se podía intentar llegar por el poniente mediante el cruce de los plantíos de Iztapalapa por angostos y solitarios caminos que constituían las rutas de paso de los agricultores para llevar sus productos a los mercados. Eran caminos maltrechos, algunos pedazos de terracería y otros medio pavimentados. Había; eso sí, muchos girasoles enormes en primavera que lucían esbeltos su gusto por el sol; podían verse las parcelas de hortalizas, los arados y los trabajadores del campo con sus herramientas de trabajo. Ya por la temporada de invierno los pastizales eran enormes y antes de la primavera algunos se cortaban y otros se quemaban.

Otra ruta era la Calzada Ignacio Zaragoza: recta, ancha, pavimentada, con enormes camellones y en cada uno hermosos árboles *pirul* haciendo sombra en medio y a los costados de la avenida. Camellones donde era frecuente encontrar servicios de peluquería al aire libre. Llegar por esa vía podía resultar monótono camino, no obstante, siempre ha seducido la posibilidad de acercarse por el oriente para contemplar los hermosos volcanes: el Popocatepetl y el Iztaccíhuatl.

Sin dar más importancia a cómo llegar o cómo salir de la ENEP Z, una gran parte de los que allí llegamos logramos hacer raigambre con la institución. Éramos en realidad muy jóvenes entre sí (25 años en promedio); el grupo no era numeroso y permitió que entre funcionarios y profesores no existieran distancias ni diferencias aparentes. Nos encontrábamos para producir algo nuevo todos los días, lo mismo planes de estudio que programas académicos o exámenes o teoría sobre el

sistema modular y sus características; pero también se producían encuentros y desencuentros entre personas, coincidencias, diferencias, amores y desamores.

No recuerdo que hubiera verdaderas disputas por el poder, creíamos en estructuras de poder horizontales, en la participación de todos para la toma de decisiones, en la distribución responsable de funciones: creíamos en nosotros, tal vez idílicamente, pero no por ello menos trascendente para el desarrollo de la institución. Esa disposición y camaradería para trabajar no estaba regida por horarios contratados u otras condiciones, podíamos permanecer 10 o más horas trabajando y al día siguiente llegábamos temprano igualmente entusiasmados.

Como diría Cifran (cito de memoria): "el hombre vuelve a comenzar cada día, pese a todo lo que sabe, contra todo lo que sabe". O como diría el compañero trabajador Salvador García Rosas, con motivo del XXV aniversario de la ENEP-FES Z:

Cuando éramos jóvenes no nos cansábamos, no nos enfermábamos, nada nos dolía y nada se nos olvidaba. En el esfuerzo por entregar un mundo mejor se nos fue la juventud más no el entusiasmo y aquí seguimos, tratando de forjar futuro en la fragua del ocaso.

Quienes allí llegamos siempre tuvimos voz y espacio para la expresión de ideas. Trabajamos en todo lo que hacía falta para empezar. Incluso, dimos ánimo a los nuevos estudiantes que veían pobre su nueva casa universitaria. Con las primeras generaciones conocimos nuestros linderos y hasta dónde podíamos extendernos en el trabajo de campo en salud comunitaria. Sin recursos técnicos para la comunicación con el exterior, sin equipos para trabajar, sin vidrios en las ventanas que impidieran la entrada del *mal aire* del tiradero o de las inmensas moscas *panteoneras*, sin cubículos para los profesores, ni biblioteca o árboles que nos protegieran del sol ni de las tolvaneras; desconociendo a ciencia cierta que íbamos a *innovar* o qué a reproducir; sin formación docente la mayoría de los fundadores profesores ni contratación definitiva: así y con más privaciones,

aceptamos estar allí ilusionados porque la ENEP Z de entonces, era otra forma de ser un *ser universitario*.

La voz de los fundadores

En el documento *Zaragoza y su filosofía* escrito en 1976 por el primer director, doctor José Manuel Álvarez Manilla se señala:

La tarea que nos hemos impuesto al hacernos cargo de esta ENEP, amerita un gran proceso de comunicación con maestros y alumnos, y al mismo tiempo la necesidad de compartir ideas y valores, o sea, aquello que preferimos... Es imprescindible entender la educación, como un terreno fenomenológico capaz de ser analizado científicamente... mediante la educación, se trata de que las personas lleguen a aceptar los comportamientos que el cuerpo social considera valiosos... Uno de los postulados de nuestra filosofía será la búsqueda de la enseñanza activa, lo cual no significa tener al alumno continuamente ocupado, sino desarrollar sus propios procesos de conocimiento. Se va a necesitar que los alumnos 'construyan' el conocimiento a partir de sus experiencias y al mismo tiempo se orienten en la búsqueda de la información académica... se trata de ocupar al alumno en actividades valiosas... y que los profesores se constituyan en ejes de la transformación... En síntesis lo que queremos lograr en Zaragoza es una Universidad vinculada con los problemas sociales, con profesionales capaces de definir problemas, y dispuestos a la búsqueda de información para resolverlos" (SADD, Antología 1, 1998:225-226).

En el mismo documento, el secretario académico, MC Salvador García de la Torre se refirió a la *Extensión Universitaria* en relación con la docencia en servicio, precisó:

docencia en servicio es aquella actividad en la cual el aprendizaje se efectúa mediante la incorporación del alumno a la labor médico-asistencial, donde ejerce responsabilidades concretas y supervisadas, que aumentan progresivamente de complejidad a medida que avanza en su formación... (forma parte del *curriculum* modular y posee carácter multidisciplinario)... el desarrollo de las

capacidades profesionales del alumno (se realiza) a través de una actividad real de servicio a la comunidad" (Ibidem, p. 227).

Complementariamente, el MC Jorge Hernández y Hernández aludió al **Trabajo Multidisciplinario** anotando:

La dificultad de que un sólo individuo domine todos los diferentes aspectos involucrados en el trabajo profesional, ha llevado a la formación de equipos de trabajo en los que participan individuos de diferentes disciplinas y aún de diferentes profesiones que aportan los conocimientos de su área de competencia para que sumados a los de otros expertos, se logre el estudio y la solución integral de los problemas que se plantean. Conscientes de que esta es la realidad actual de la práctica de las profesiones, hemos considerado conveniente incorporar al alumno desde el principio de sus estudios profesionales a equipos en los que participan estudiantes y maestros de diferentes disciplinas, de manera tal que le permitan adiestrarse en el trabajo de equipo con modelos específicos de servicio semejante, hasta donde sea posible, a los equipos de trabajo que funcionan en el desarrollo de las diferentes actividades profesionales" (Ibidem, p. 227).

Por último, el profesor Enrique Galindo se refirió al **Sistema de Enseñanza Modular** diciendo:

Es un sistema de organización de la enseñanza que tiene como elementos básicos el desempeño de actividades profesionales graduadas a la capacidad de los alumnos, en estrecha correlación con la información 'pertinente'... El sistema modular implica para su funcionamiento tres elementos básicos: un programa de servicio, las unidades didácticas y el maestro modular. El programa de servicio es indispensable, dado que las funciones que el aprendiz debe dominar, representarán finalmente un servicio para la comunidad y una oportunidad para que el alumno aprenda, en la realidad, cuáles son los problemas a los que se enfrentará cuando egrese y cómo se resuelven... Resultaría incongruente hablar de una enseñanza de funciones sin que los estudiantes tuvieran oportunidad de practicar dichas funciones... El sistema de enseñanza modular no le enseña al alumno materias o disciplinas, sino funciones profesionales que son el conjunto de acciones que realiza un profesional para resolver determinado tipo de problemas" (Ibidem, p. 228).

Estos eran los primeros documentos formales que se presentaban a la comunidad y fueron definitivos para orientar las actividades de la nueva institución. En lo cotidiano fueron muchas otras aportaciones que hicieron los profesores y que no sólo se documentaron en textos, sino que se expresaron en actividades prácticas, fundamentalmente las que se tenían que realizar fuera de la institución y que ameritaban una gran dosis de creatividad e improvisación.

En un libro editado recientemente por la FES Z que se titula *El proceso histórico de los planes de estudio en la ENEP-FES Zaragoza* (2004), se recogen interesantes testimonios de cómo se fueron instituyendo las formas de trabajo y de organización de las diferentes carreras que en esta dependencia se imparten. Destaca especialmente, el contenido de la entrevista realizada en el 2001 al director fundador, Dr. Manuel Álvarez Manilla. A 26 años de distancia de aquel nombramiento, el doctor hace revelaciones que muchos desconocíamos. Por ejemplo, menciona que por disposición de un regente capitalino la escuela se vio privada de unos edificios que se habían construido a escasos 10 metros de las edificaciones de lo que hoy constituye el Campo I, ya que la autoridad municipal consideraba de especial riesgo contar con todas las instalaciones sobre la Calzada Ignacio Zaragoza, pues los alumnos podrían obstaculizar el paso de vehículos por la calzada. Por lo tanto, se destinaron terrenos ubicados atrás del Cerro del Peñón del Marqués para los nuevos edificios a pesar de estar ciertos de que eran terrenos atravesados por una falla geológica.

Después de la fundación

Como se puede apreciar de los párrafos anteriores, en el momento de creación para las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, existió una coyuntura nacional: política, económica y social de gran envergadura que en poco tiempo modificaría la posición del gobierno federal con respecto de la educación superior, pero al mismo tiempo, el fenómeno de la globalización empezó a producir en el

mundo un análisis profundo sobre la educación en general y sobre las instituciones de educación superior en particular.

La UNAM tuvo con el rectorado del Dr. Soberón un período de estabilidad, sin embargo, la década de los años 80 que se caracterizó por el ascenso de las políticas neoliberales en el contexto de un proceso de globalización, traería nuevos problemas que enfrentar. El rectorado del doctor Octavio Rivero Serrano (1980-1984), se encontró administrando las tareas emprendidas por el rector anterior a falta de un proyecto alternativo. El impulso que el gobierno federal otorgó desde entonces al proyecto neoliberal permitió, que en poco tiempo, las universidades privadas fueron acrecentando su presencia en el ámbito educativo, político y laboral, mientras se dejaba crecer la versión de que la UNAM se estaba rezagando y dejaba de cumplir con las nuevas expectativas planteadas en el contexto nacional e internacional. En una posición de descrédito hacia la universidad y la educación pública en general, ocurrió la huelga de 1983 promovida por el sindicato de trabajadores de la UNAM (STUNAM) que contribuyó a debilitar aún más, el prestigio de la Universidad Nacional.

Durante el rectorado del doctor Jorge Carpizo (1984-88), la Universidad Nacional tuvo un período de gran actividad política. Después del informe *Fortaleza y Debilidad de la UNAM*, dado a conocer en abril de 1986, la comunidad universitaria entró en una espiral de movilización que ocupó diversos escenarios: consultas, diseño de propuestas, organización de estudiantes, trabajadores administrativos y profesores. Mientras los funcionarios planteaban una reforma de la Universidad que abarcaba desde el compromiso social de la institución hasta la asignación de nuevas cuotas a los estudiantes, la comunidad se inquietaba por el primer paquete de propuestas que hizo el rector ante el Consejo Universitario que tenían que ver con la reducción del pase automático, elevación de cuotas y aplicación de exámenes departamentales a los estudiantes. La propuesta no se aprobó y si en cambio motivó la organización estudiantil que se constituyó en el Consejo Estudiantil Universitario (CEU) que durante largos debates propuso la

realización de un congreso para asegurar una visión de conjunto sobre el devenir de la institución.

A la década de los 90 arribó una universidad que no había logrado el congreso universitario que se había acordado en el rectorado de Carpizo y el doctor José Sarukhan Kermez asumió la rectoría por dos períodos consecutivos (1988-96) en los que tuvo que afrontar a una universidad inquieta y dividida, mientras se iba fortaleciendo un Estado cada vez más alejado de las políticas sociales que incluían la disminución del financiamiento y el condicionamiento del presupuesto otorgado a la UNAM a partir de cumplir metas específicas.

Alma Herrera (2002:9-10) afirma que en la década de los noventa se produjo la transformación más profunda de la educación superior ante la convergencia de tres fuerzas:

- La tendencia internacional determinada por el impacto de la globalización y por la revolución científico-tecnológica del final del siglo XX.
- El planteamiento de políticas nacionales de educación que mostraron una gran receptividad a las recomendaciones de organismos multilaterales de crédito.
- El saldo negativo que dejó la década de los ochenta con indicadores que reflejaban la baja eficiencia y calidad del sistema educativo en su conjunto.

Asimismo, señala la autora, que al evaluar las instituciones de educación superior no se puede perder de vista el resultado deshumanizante del fenómeno de la globalización al crear “los mercados de trabajo globales, la consolidación de la sociedad del conocimiento y el impacto de las nuevas tecnologías de información y comunicación en todas las esferas de la vida cotidiana” (p.10). Y la autora tiene razón, pues la tendencia de organización de la educación a nivel mundial se perfila hacia la formación de habilidades, destrezas y competencias profesionales y de alta especialidad que compitan internacionalmente y que sean redituables a las

empresas, sin considerar de modo prioritario, que la educación es un bien social para el desarrollo integral de las personas.

En este esquema, las universidades privadas que invierten en el sector son empresas que se manejan por el criterio de mayor ganancia económica e influyen de manera significativa en la definición del perfil de profesionales que compiten en el mercado laboral (Llamas, H., 1999; Urciaga, G., 2002). Los nuevos lenguajes referidos a la educación superior e introducidos en el contexto de la globalización, contienen la especificidad de los objetivos que este fenómeno promueve: outsourcing; conocimiento objetivado; innovación y capital intangible; capitalismo del conocimiento; sociedad, comunidades, redes de conocimiento; formas, administración y gestión del conocimiento, son, entre otras nociones en progreso, las que sostienen un proyecto de "marca" para las Instituciones de Educación Superior (IES). En el empleo de la figura de las IES se puede aligerar o suprimir el peso de la tradición humanista sobre elementos constitutivos de las universidades, al menos el referido a la *función social*, mientras, se pretende convencer a las IES de que es rentable su conversión exclusiva a empresa de servicios. (Ordóñez, S., 2004; Camacho y Rodríguez, 2003; Guillén, R., 2000; Micheli, J., 2004).

Estas dos décadas 80-90 y 90-2000, tuvieron su particular forma de vivirse en la ENEP-FES Z. En la primera, apenas y se habían logrado establecer los planes de estudio respectivos a todas las carreras y todavía se estaban terminando algunas de las edificaciones que actualmente existen, la mayoría de los profesores estábamos contratados como interinos y se había ampliado la brecha de la comunicación entre funcionarios, profesores y trabajadores administrativos. Lejos de consolidar o proponer nuevas estructuras de gobierno que requería el modelo educativo, se mantuvo un orden de verticalidad en el mando que poco a poco fue mermando el trabajo colegiado y la vida de academia. Con el tiempo, la verticalidad en el desempeño de la autoridad ha pasado de ser académica a ser fundamentalmente administrativa.

En un principio era muy evidente que los funcionarios obedecían las órdenes de rectoría a tal grado que la elección de los terrenos para la ubicación de la escuela, las carreras que debería impartir y los planes de estudio que debería seguir, estaban determinados por la administración central (Álvarez M., 2003) pero ello no significaba obstáculo para dar prioridad a lo académico; actualmente, el contraste es también evidente, los funcionarios han venido ejerciendo con mayor precisión y puntualidad actividades administrativas en demérito de su responsabilidad académica, mientras que los profesores se han dispersado y en el mejor de los casos se han incorporado a la matrícula de estudios de posgrado de otras instituciones para obtener mejores salarios y en algunos casos han reducido su compromiso académico al sólo cumplimiento de la responsabilidad contractual.

A 10 años de fundada la ENEP Z, se produjo una distensión importante en muchas de las discusiones originales conforme se distendía también la vida colegiada de la institución y, desde entonces, cada funcionario en turno ha impreso un sello distintivo a su administración. De 1990 a 1998, se concedió particular importancia a los estudios de posgrado, a la formación y la estabilidad del personal docente, a mejorar el ambiente físico y estético de las instalaciones y a la revisión de los planes de estudio. No obstante que durante este período se propuso la creación de academias y se intentaba el nombramiento de funcionarios de acuerdo a sus méritos académicos, muchos profesores estaban más interesados en lograr la estabilidad laboral mediante la presentación de exámenes por oposición que incorporarse a actividades colegiadas. Por otro lado, los que hasta entonces no se habían titulado apresuraron el proceso para participar en el proyecto de creación de plazas de tiempo completo. Poco después se impulsó el programa para otorgar primas económicas al desempeño académico (PREPASIG y PRIDE). En estas circunstancias, la vida académica no sólo sufrió un notable desequilibrio sino que se dispersó notablemente.

Otro fenómeno vendría a acentuar esta crisis. Se eliminó la estructura matricial¹¹ y desaparecieron instancias que permitían las relaciones entre los profesores de diferentes disciplinas. Las coordinaciones de carrera se volvieron autónomas¹² y los profesores fuimos incapaces de mantener el trabajo compartido. A partir del año 2000 asumió la dirección del plantel un egresado de la primera generación y en uso de sus atribuciones designó a un grupo numeroso de egresados como funcionarios de la escuela. Para entonces, ya muchos de los profesores también eran egresados y aunque habían sido formados en la perspectiva original del modelo educativo *Zaragoza*, llegaron en una coyuntura de crisis para la vida colegiada y aún no hemos podido dilucidar el contenido central de su proyecto académico.

En esta trayectoria, resulta importante mencionar que muchos de los profesores fundadores seguimos cumpliendo actividades curriculares con base en el modelo original, sobre todo, las tareas comunitarias en salud que permiten destacar el planteamiento sobre la *función social* de la Universidad.

Al inicio de actividades se hicieron múltiples debates internos, pues el modelo educativo propuesto y las relaciones establecidas con los entornos físicos y culturales de la ENEP-FES Z, permitían desde el primer día de actividades académicas, estar atentos al cumplimiento de este principio, entendido como lo propone Villaseñor García (2003), en el sentido de axioma, un asunto de valor positivo porque aporta un bien social. Villaseñor afirma que si la educación se entiende como un bien social, entonces sus productos deben ser del mismo género. En la Universidad Nacional esa *función* debe comprenderse en su origen que define dos principales ámbitos: la producción rigurosa del conocimiento y la tarea de redituar a la sociedad los beneficios de ese conocimiento.

¹¹ Consistía en una organización académico administrativa de orden horizontal en donde existían secciones y departamentos académicos relacionados con las coordinaciones de carrera para permitir que fluyeran profesores de distintas áreas para satisfacer las necesidades académicas de diferentes carreras.

Los profesores de entonces teníamos claro nuestro modo de entender la *función social* de la Universidad a partir del ejercicio de la docencia: aprender a aprender desde la vinculación de la teoría-práctica; observar, conocer, analizar, investigar, replicar y proponer conocimiento eran componentes de la tríada investigación-docencia-servicio; poner a prueba la multidisciplinaria para avanzar en explicaciones complejas y avizorar la resolución de problemas; difundir conocimiento mediante actividades formativas para que el estudiante se comunique con las comunidades de su entorno; asesorar a los alumnos, impulsar el juicio crítico y la actitud responsable en el trabajo eran los principales ejes de la actividad docente. Por supuesto que esta visión no era homogénea, teníamos acuerdos y disensos, sin embargo, teníamos como ejes en común estos principios cuando impartíamos la docencia, al elaborar un programa académico o al proponer cualquier actividad curricular.

La ENEP-FES Z ha contado con ocho clínicas multidisciplinarias para sostener estos propósitos, una de ellas está ubicada en las instalaciones del Campo I y las otras siete, ocupan edificaciones independientes al Campo I: seis clínicas se distribuyen en el territorio del Municipio de Nezahualcoyotl y una más en el Municipio de Los Reyes La Paz, Estado de México. En las clínicas se ofrecen servicios de Psicología, Odontología, Medicina, Enfermería, laboratorios de análisis clínicos y algunos estudios de gabinete.

Los servicios se otorgan a muy bajo costo y están abiertos a toda la población que los demande. Las clínicas han sido consideradas como escenarios educativos y de servicio a la población que constituyen una de las grandes fortalezas de la institución. De la información que se dispone, años 1991 a 1997 y 2000 a 2001, se estiman en 605 456 consultas otorgadas a la población de las comunidades vecinas. (Pérez L., 2003).

*** Antes de esta fecha, los coordinadores tenían la responsabilidad de informar de sus actividades a la División correspondiente. Los jefes de división, a su vez, se reunían entre sí y con los coordinadores de carrera para definir proyectos conjuntos.

Estas clínicas y la realización de actividades comunitarias como el *trabajo de campo en salud comunitaria*, han sido pilares fundamentales para el desarrollo institucional de la FES Zaragoza. En ellas se refugia de manera importante, el principio de la *función social* universitaria. Las actividades que allí se desempeñan cubren además, los objetivos de propuestas pedagógicas nuevas. La llamada *sociedad del conocimiento* que se ofrece hoy en el proyecto de la globalización, encuentra asideros teóricos desde la propuesta de Justo Sierra, José Vasconcelos y Antonio Caso cuando hablaban de centrar el compromiso de la Universidad Nacional en tanto promotora de las *comunidades de aprendizaje, comunidades de cultura, comunidades del saber*. En el apartado 4 se tratarán de analizar en retrospectiva estos componentes que constituyen finalmente, una respuesta cualitativamente distinta al modelo neoliberal.

No obstante, muchos de los profesores tenemos la convicción de que al proyecto original le ha faltado definición institucional para realizar una evaluación profunda sobre lo que como escuela hemos avanzado o perdido en el camino. Por ejemplo, en octubre del 2002, el titular de la secretaría académica de la FES Z dio a conocer los resultados de la *Autoevaluación de programas académicos de licenciatura*, es un documento de 41 páginas en las que la información presentada permite obtener algunas conclusiones, entre ellas, que el 80.2% de la población total de estudiantes encuestados (la muestra incluyó al 8% del total de alumnos aproximadamente) considera su formación académica con satisfacción: 66.9% se declara "satisfecho" y el 13.3% "muy satisfecho". Refieren que el mejor servicio académico-administrativo que recibieron estuvo resuelto por la biblioteca.

Las respuestas resultan relevantes si consideramos que solamente uno de cada 10 alumnos se considera plenamente satisfecho por la formación recibida y que la habilidad más desarrollada durante los cuatro años de su preparación tiene que ver con la búsqueda de información. Es decir, que las habilidades de análisis, integración y producción de conocimientos nuevos no son evaluados por este instrumento. Además, el porcentaje 13.3% de alumnos que se expresan "muy

satisfechos” con la formación académica recibida, contrasta con el 17.6% de alumnos que se declaran “insatisfechos” y con el 2.2% de alumnos “muy insatisfechos”; sobre todo, al considerar la expectativa inicial que tenía el 98% de los alumnos al ingresar a la universidad y que era lograr su desarrollo personal integral.

Nuestros alumnos alcanzan a desarrollar una habilidad que les puede facilitar el acceso a la información, pero tal vez no están satisfechos, porque este logro está muy lejos de ser la formación profesional que se ha propuesto el *curriculum* Zaragoza y que se les ofrece desarrollar al inicio de su ingreso escolar. Es decir, ¿qué ocurrió con nuestro proyecto original de formación integral de los estudiantes que tendrían que ser capaces de investigar y proponer alternativas de solución a los problemas científicos y profesionales del momento?; incluso se hablaba de la posibilidad de que los egresados fueran capaces de innovar prácticas profesionales acordes a las necesidades de la sociedad mexicana, ¿lo han logrado hacer?.

Son preguntas que aún tendremos que responder desde cada una de las carreras que se imparten. Es posible que uno sea el espíritu emblemático que representa el planteamiento de la modularidad y, otro muy distinto, sea el modo como se ha traducido éste en las prácticas académicas concretas. Por lo que respecta a la carrera de médico cirujano, no cabe duda de que el trabajo de campo en salud comunitaria es uno de los componentes curriculares de gran alcance para verificar el carácter formativo y la función social de la institución.

Entre los logros importantes definidos por esta administración, puede citarse el proceso de acreditación que han logrado concluir dos carreras: Enfermería y Médico Cirujano. En el primer caso, el proceso se acompañó de la necesidad de abrir la licenciatura de enfermería para satisfacer el empeño que varios docentes de la carrera se habían propuesto desde 1994. El nuevo plan de estudios se aprobó en 1997 y la acreditación ocurrió en el 2003. Con respecto a la

acreditación de la carrera de medicina, vale la pena señalar que el personal encargado de la verificación es nombrado por el Consejo Mexicano para la Acreditación de Escuelas de Medicina (COMAEM) quien en tres días supervisa documentos y actividades académicas para después emitir un dictamen.

Actualmente, los siete planes de estudio son a nivel licenciatura^{****} y se han desarrollado, además, programas de maestría y doctorado desde 1983 en diversas áreas de investigación, así como una extensa oferta de estudios a nivel de diplomados, especialidades, cursos de actualización y perfeccionamiento profesional. Existen además, cuatro unidades de investigación: Biología de la Reproducción, Diferenciación Celular y Cáncer, Ecología Marina y Ecología Vegetal, un doctorado en Ciencias, y diversas áreas y líneas de investigación desarrolladas por cada carrera.

1.2. Misión de la FES Zaragoza

A partir del crecimiento cuantitativo de la escuela*, la división de los dos campos, la pérdida de la estructura matricial-departamental y la disminución de la vida colegiada, una de las grandes debilidades de la FES Zaragoza iba a acentuarse muy pronto: la ausencia de una vía de articulación e integración entre la planeación y actividades de los funcionarios con la vida académica de profesores y alumnos.

Algunos otros factores que han contribuido a ello son: la ausencia de un modelo de evaluación institucional, la carencia de comunicación y de debate, la precaria difusión de las políticas institucionales, la restricción en la edición y distribución de documentos fundamentales (como los planes de estudio y los programas académicos), el rompimiento de esquemas de trabajo con cada cambio

^{****} De los siete planes de estudio originales solamente se han reestructurado 3: biología, QFB y odontología. Se diseñó el de enfermería y el de la carrera de Médico Cirujano, supuestamente reestructurado en 1989, quedó prácticamente igual al plan original.

* En 1976 la escuela contaba con 130 docentes y 2754 alumnos. En el 2003, la escuela cuenta con 1622 docentes y 7480 alumnos. Con respecto del personal administrativo de base se pasó de 168 trabajadores en 1976 a 818 en el 2003; de 19 vigilantes a 185.

administrativo, la represión de autoridades cuando se hacen críticas a su gestión, la ausencia de liderazgo académico en algunas áreas y la creciente inmovilidad de los profesores para organizarse y elaborar planteamientos colectivos.

En 1995 un grupo de funcionarios decidió que era necesario redactar la *Misión* de la FES Zaragoza, constituir un lema, recuperar la memoria institucional a través del trabajo de historiadores, remozar la escuela, editar un órgano de difusión interna y encontrar una mascota que representara a los equipos deportivos, entre otras cosas; porque este grupo había coincidido en señalar que una de las necesidades de la FES Z tenía que ver con el problema de la identidad que posiblemente no se había logrado desarrollar abiertamente entre su comunidad. Se adoptó un logo y el lema: ***Lo humano, eje de nuestra reflexión.***

En 1996 se editó el manual de organización y un plan prospectivo para la dependencia que desde la mirada de la planeación estratégica se proponía encausar y desarrollar las actividades de la FES Z.

Por su importancia para los fines de este trabajo, se transcribe el texto íntegro a continuación:

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza tiene como fin formar profesionales de las ciencias químico biológicas, de la salud y del comportamiento, caracterizados por una capacidad crítica y creativa, así como de estudio independiente y autodirigido, de adaptación dinámica a los cambios sociales, poseedores de un espíritu científico y humanista, y una amplia cultura universal.

Asimismo, como universidad pública y nacional, debe fomentar que sus egresados, del nivel técnico y postécnico, de las licenciaturas, diplomados, especialidades, maestrías y de doctorado, tengan la capacidad de desempeñarse como gérmenes de cambio con alto compromiso social, dedicados a contribuir al estudio y solución de la problemática de nuestro país, dando preferencia a aquellas que involucran a los sectores más necesitados, o desprotegidos, y a aquellos proyectos que contribuyan a la preservación de nuestros recursos y valores en nuestra diversidad y cultura nacionales.

Asimismo debe fomentar que los egresados mantengan una estrecha vinculación con la Facultad para favorecer la retroalimentación, indispensable para la actualización constante

tanto de los planes y programas de estudio, como de los mismos egresados y establecer mecanismos de apoyo para la misma institución.

Se concibe a la FES Zaragoza como la Universidad donde académicos, estudiantes y trabajadores administrativos pueden encontrar condiciones adecuadas para el desempeño de sus actividades: enseñanza, estudio, investigación, recreación y su formación tanto en el nivel personal como grupal dentro de un marco de libre expresión y cuestionamiento que sintetice la pluralidad de las corrientes de pensamiento y de indagación intelectual, en un ambiente de responsabilidad, tolerancia y respeto a las ideas y derechos de terceros, para que de esta manera se estimule la creatividad.

Una Universidad que considere la capacitación de todos los miembros de su propia comunidad como prioritaria, que sea sensible a las necesidades individuales, creando para ello estrategias especiales de aprendizaje y favoreciendo la enseñanza tutorial.

Una institución que se desarrolle dentro de un marco de principios y normas éticas, en donde la toma de decisiones por consenso con la participación del sector académico, sea parte de las condiciones y escenarios de su crecimiento. **Una universidad sensible a los cambios de su entorno, estrechamente vinculada al desarrollo de sus comunidades aledañas, (el subrayado es nuestro)** que asuma los cambios con una participación activa, con una dinámica que responda a los requerimientos sociales, preservando los valores y principios que le son fundamentales y ajustando o eliminando los que se tornan obsoletos y limitativos.

También una institución que extienda con la mayor amplitud posible los beneficios del conocimiento y de la cultura a todos los miembros de la comunidad, independientemente de su origen, género, credo y filiación.

El cumplimiento de esta misión se cimienta en una academia reconocida, respetada, apreciada, tolerante, asertiva, interactuante, participativa y altamente calificada, en continua superación, abierta a la multi e interdisciplina. Una academia que de manera cotidiana evalúa su quehacer, que se desarrolla en un ambiente de libertad de cátedra y de investigación, donde predomina la capacidad crítica y autocrítica y un compromiso institucional que se refleja en la eficiencia, cumplimiento y dedicación.

La FES Zaragoza tiene como propósito tornarse en un eje de desarrollo académico de vanguardia, que esté firmemente comprometida con su proyecto de Universidad y de Nación.

Tan pronto terminó esta administración, que abarcó el período comprendido entre 1990-1988, los nuevos funcionarios decidieron suprimir logo y lema de toda comunicación escrita, así como, vendrían a modificar otra vez, las formas de trabajo colegiado y los proyectos de cada carrera.

En este vaivén, muchos profesores seguimos trabajando con la confianza en lo que nos hemos propuesto realizar como proyecto universitario, no obstante, las diferencias de concepción y proyecto académico entre funcionarios y profesores fundadores y profesores egresados de la ENEP-FES Z o provenientes de otras instituciones. En este sentido, esta tesis tiende a buscar explicaciones acerca de lo que hemos pensado, escrito y hecho en esta facultad, particularmente lo concerniente al *trabajo de campo en salud comunitaria*, con el fin último de contribuir a la apertura de un espacio de discusión que permita construir el fundamento común de las actividades que realizamos en las comunidades aledañas frente a la tendencia que rige el proyecto global. Visión de una coyuntura económica que es contraria al sentido de la universidad pública.

2. Enseñanza y *curriculum* modular

Este apartado sólo tiene el propósito de comentar algunas de las ideas y conceptos que alrededor de la enseñanza modular han prevalecido como temas de debate en la FES Z a lo largo de su existencia. Lo primero que vale la pena señalar, es que el modelo de enseñanza modular responde a una tendencia modernizante de la didáctica en varios países del mundo occidental y su carácter emergente en nuestra Universidad Nacional ocurre en un contexto nacional e internacional sacudido por la política, la confrontación de importantes corrientes ideológicas, el avance de la economía transnacional y las revueltas estudiantiles de 1968; procesos que eran ampliamente discutidos en algunas facultades de la UNAM, mientras en otras, formaban parte de sus objetos de estudio, tal es caso de profesiones como sociología, pedagogía, filosofía y psicología por ejemplo.

Es el *curriculum*, un conjunto de principios psicopedagógicos que sustentan la formación de un profesionista visto desde su campo y actividad profesional y la relación de éste con su sociedad; define una postura filosófica sobre hombre, educación, sociedad; considera los aspectos deontológicos y orienta en prospectiva el desarrollo de la profesión. En otras palabras, es la definición institucional de un proyecto académico dirigido a la formación de profesionistas con una orientación filosófica, pedagógica y didáctica definida.

Ruth Vargas define al *curriculum* como:

producto de la integración e interacción de diversos elementos, tales como planes, programas, materiales didácticos, instrumentos de evaluación, ejercicios, actividades, relaciones profesor-alumno, ambiente, etcétera, que en mayor o menor medida actúan sobre el alumno en el proceso educativo... describe el tipo de hombre que la escuela intenta formar, sus habilidades cognoscitivas y psicomotoras y su desarrollo afectivo, pero incluye así mismo los medios y los métodos más adecuados para lograr los objetivos educacionales... debe desarrollarse a partir de un trabajo de evaluación permanente que arroje información acerca del resultado de la aplicación y experimentación del propio currículo y de los

elementos que lo componen. (p. 3).

En los currícula de tipo modular se plantea una estructura integral que se apoya en la definición de módulos como problemas de conocimiento, unidades de estudio que se relacionan entre sí de manera horizontal y vertical con las diferentes áreas de conocimiento y disciplinas que apoyan la formación profesional. Por módulo puede entenderse a la unidad organizativa de los contenidos de enseñanza-aprendizaje desde una perspectiva interdisciplinaria donde se definen problemas del conocimiento, áreas de estudio, metodologías y estrategias de investigación.

En la construcción de un *curriculum* modular se han de incluir perspectivas diferentes para el tratamiento de un problema tomando en consideración aspectos filosóficos, epistemológicos, culturales, psicopedagógicos y sociopolíticos que contribuyan al debate crítico entre profesores y alumnos; además, considerará actividades y estrategias didácticas que permitan el trabajo en equipo, el desarrollo de la creatividad y el planteamiento de soluciones diversas.

La particularidad de este modelo de organización académica radica en sus postulados (premisas), y en sus estrategias de trabajo, entre las que destaca, el énfasis en promover el trabajo docente como una actividad intelectual, creativa y productiva para orientar a los estudiantes de acuerdo a programas de estudio flexibles. En el modelo de enseñanza modular, se ha pretendido romper con el autoritarismo académico facilitando a los profesores y estudiantes su inclusión en el proceso de planeación y toma de decisiones sobre la política educativa de la institución y creando condiciones efectivas para el desempeño de funciones profesionales desde el inicio de la formación.

En esta lógica, el proceso de participación para el diseño de un plan de estudios o de un programa, se constituye en una actividad de creación colectiva y al tiempo que se estudia la realidad también se construye un modelo de interpretación.

Participar desde la planeación curricular, administrativa y operativa facilita que el proceso educativo se traslade de la visión instituida hacia el proceso instituyente, carácter que recupera el respeto por la libertad de cátedra y la posibilidad de construir una comunidad académica interactuante con la administración escolar. De tal manera que uno de los componentes esenciales de esta lógica de trabajo consiste en articular la enseñanza-aprendizaje a través de la **interdisciplina**.

Una de las primeras propuestas curriculares de tipo modular que adoptó como eje de trabajo la interdisciplina se desarrolló en el *Documento Xochimilco*, que fue inspirador para otros proyectos educativos semejantes. Este documento fue elaborado por el personal académico de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco al inicio de su nacimiento. En este documento se destacó la necesidad de impulsar la interdisciplina y la aplicación del conocimiento a realidades concretas como los elementos de innovación a la educación superior (Beller T.,1996; Berruecos V.,1998; Martínez L.,1989). Por interdisciplina se entendía una posición epistemológica para abordar los problemas desde la complejidad de los diversos discursos y métodos de la ciencia y buscar por esa vía, alternativas igualmente complejas.

Los programas deberían estructurarse por módulos y cada uno de éstos representaría un *objeto de transformación*, es decir, cada módulo estaría representando una unidad temática comprendida como un problema de conocimiento sobre el cual es posible ejercer un trabajo científico y establecer alternativas de solución al mismo.

La interdisciplina como el diálogo e interacción de las ciencias y las humanidades; para generar experiencias de trabajo compartido y lograr visiones integradoras, para motivar la participación, la colaboración y el compromiso entre profesionistas, para superar la fragmentación del conocimiento creado de manera disciplinaria, para crear nuevos objetos culturales y para que el estudiante se constituya en el "artífice de su propia formación" (UAM-X, 1991).

Es en este sentido que Beller (1996:17)apunta:

La interdisciplina exige un tipo de investigación característico, que no excluye el trabajo especializado. Es el tema total, es el tipo de preguntas de investigación, es la integración de las investigaciones particulares y especializadas, donde reside la interdisciplinariedad.

El trabajo interdisciplinario requiere de algo más que la posibilidad de un estudio interrelacionado de varias perspectivas profesionales o científicas. Requiere de un marco conceptual y metodológico común... De esta forma, cada especialista se ve obligado a visualizar su tema desde la perspectiva de los otros temas parciales y a poner énfasis en las articulaciones de los diferentes proyectos insertos en el tema troncal. Lo que es interdisciplinario es la actitud, la concepción de los problemas y las metas generales.

Beller establece como soporte de esta propuesta, la perspectiva constructivista de Jean Piaget caracterizada por la importancia que concede a la actividad creativa individual para la resolución de los problemas. Una de las tesis de Piaget considera que el conocimiento no es un estado, es decir no es algo dado o acabado, sino que es un proceso que implica reconocer que el aprendizaje es una actividad de construcción permanente entre el sujeto que conoce y los objetos de conocimiento. Por lo que es importante que el sujeto que conoce tenga capacidad de reflexión, lugar para la acción y formación lógica para la integración de conocimiento.

En el *Documento Xochimilco* (1991:13) se señala:

El conocimiento -según Piaget- no es una copia de la realidad. Conocer un objeto, conocer un acontecimiento, no es solamente mirarlo y hacer de él una copia mental, una imagen. Conocer un objeto, es actuar sobre él. Conocer es modificar, transformar el objeto y entender el proceso de su transformación y, como una consecuencia, entender la forma en que el objeto es construido. Una operación es, así, la esencia del conocimiento, una acción internalizada, la que modifica el objeto de conocimiento.

Otras propuestas que se sumaron al entusiasmo por elaborar currículas modulares fueron: la perspectiva didáctica-pedagógica conocida como *Tecnología Educativa*, la *Teoría de la Gestalt* y la *Teoría de Sistemas* (Contreras y Ogalde, 1980). Por otra parte, la tecnología en informática venía modificando de fondo, las formas y medios de comunicación en todos los campos de la vida social y el campo educativo se abría a ellas con gran entusiasmo.

Probablemente, los primeros cambios ocurrieron en la educación pública básica. Entre 1974-1975 se distribuyeron masivamente los textos de tecnología educativa (85 mil ejemplares) a fin de que los maestros normalistas se actualizaran.

En otros ámbitos educativos era frecuente escuchar términos tales como: *enseñanza programada*, *enseñanza modular*, *curriculum integrado*, *enseñanza personalizada*, *instrucción programada*, *tecnología de la instrucción o de la enseñanza*, entre otros. Además, se podían incluir diferentes disciplinas para abordar la educación como un mismo objeto de estudio. Era el momento de asegurar que la modernización de la enseñanza podría sistematizar y controlar el aprendizaje y lograr verdaderos cambios en la formas convencionales de enseñar y de aprender. La propuesta tecnológica incorporaba los criterios de medición del aprendizaje mediante exámenes con reactivos que daban privilegio a la capacidad memorística de los alumnos y a la selección de conocimientos, técnicas o procedimientos de estudio homogéneos. Estaba en boga el lenguaje de la *eficiencia*, *eficacia*, *calidad*, *costo-beneficio* y la incorporación de modernos aparatos audiovisuales para su uso en la educación.

Algunas de las estrategias propuestas para diseñar un *curriculum* eran: seleccionar objetivos conductuales perfectamente claros y cuantificables para medir y relacionar tiempo, contenido y forma de realización de una tarea; definir con precisión las metas; organizar racionalmente las actividades, los recursos y las experiencias de aprendizaje y desarrollar técnicas objetivas y confiables para la consecución de la evaluación sistemática y permanente del aprendizaje.

Pero también hubo propuestas alternativas, al respecto, en el texto *Interpretación sociológica de la educación modular*, Boni Acuña (1996:15) hace un balance sobre el impacto educativo que podría alcanzar la propuesta del sistema modular al proponer la vinculación del estudiante universitario con los problemas de la realidad social y el papel de la universidad pública frente a esta situación. Dice:

Por medio del sistema modular, la universidad se propone formar un nuevo profesional cuyas características generales serían:

- Ser poseedor de una actitud crítica y creativa frente a la realidad, especialmente a la nacional y a las problemáticas surgidas de ella.
- Estar preparado para la investigación de los procesos y problemas de la realidad.
- Estar capacitado para intervenir en la transformación de la realidad, de los problemas que surgen de ella, por medio de la acción práctica directa, o bien a través de la sugerencia de decisiones para tal fin... Se pretende que los egresados no reproduzcan las prácticas profesionales tradicionales y que su quehacer se enfoque al servicio de la comunidad.

Este nuevo modelo sólo podría tener impulso a partir de proponer nuevas instituciones educativas con una organización académico-administrativa diferente para crear nuevas condiciones de relación institucional, promoviendo la participación de todos los actores involucrados (autoridades, profesores, alumnos, trabajadores) para facilitar que el proceso enseñanza-aprendizaje se convirtiera en elemento rector en la toma de decisiones.

Una vez seleccionados y definidos los módulos era preciso organizar los contenidos y las actividades de aprendizaje en un orden ascendente para avanzar de lo más general a lo particular con el propósito de promover el desarrollo de

habilidades y destrezas (cognitivas, psicomotoras y afectivas) de complejidad creciente.

Berruecos Villalobos (1998:20) en apretada síntesis afirmaba que:

El sistema modular, a diferencia del tradicional, promueve en el alumno elementos flexibles y dinámicos que se adaptan a las nuevas situaciones: deja de ser un simple receptor y un elemento pasivo al confrontarse cotidianamente con los problemas de la realidad. Mediante un *proceso de investigación, permanentemente* encuentra problemas y busca respuestas científicas y adecuadas.

La situación educativa modular desarrolla un proceso de formación que involucra teorías científicas, paradigmas metodológicos e instrumentos de acción, que le permiten un trabajo personal de investigación. El sistema modular *implica un proceso*, a diferencia del tradicional en donde el alumno es el elemento central de su propio aprendizaje. Al privilegiar el *trabajo en grupo*, se desarrolla una nueva actitud ante el trabajo, una nueva valoración de su propio trabajo frente al grupo y un sentido de corresponsabilidad en la práctica educativa.

El sistema modular involucra aspectos específicos tales como una secuencia en el proceso de aprendizaje y una actividad permanente de investigación, con un adecuado balance entre las cargas de contenidos (*objetivos de contenido*) y las actividades del proceso de investigación (*objetivos de proceso*)... El objeto de transformación de los módulos implica la concepción de lo que es la interdisciplina: así, ésta constituye el elemento que asegura el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje, cubriendo de esta manera los tres niveles correspondientes a lo anterior: el epistemológico, el metodológico y el psicopedagógico. Todo conocimiento implica una transformación.

Esquemáticamente, podemos señalar que las premisas del modelo educativo en la FES Zaragoza, que se han venido concibiendo como un prototipo del sistema de enseñanza modular en otras instituciones educativas, provienen del mismo origen: los debates sobre la crisis de la educación que el movimiento estudiantil de 1968 había puesto en franca evidencia...

Los programas de tipo modular siguieron en lo general estos procedimientos para su diseño, pero en muchos casos se abandonó la reflexión sobre la aplicación y

resultados de los programas académicos, propiciando entre otras cosas, conflictos entre el *curriculum* formal (lo establecido) el *curriculum* vivido (lo que se hace) y el *curriculum* oculto (lo que en ocasiones ni siquiera se sabe que se hace pero tiene repercusiones importantes en el desarrollo de un programa y en la vida institucional). Algunas de las condiciones que llevaron a esta situación fueron: primero, los diseñadores se preocuparon más por la forma que por el contenido; segundo, no se estableció un programa o sistema de seguimiento y evaluación sistemática y permanente; tercero, el financiamiento a la educación superior se resquebrajó a partir de 1982 y cuarto, las relaciones de poder, comunicación y trabajo académico en la UNAM y muchas otras dependencias universitarias se polarizaron en extremo.

En la década 1980-1990, bajo la influencia intelectual de obras de Foucault como: *Las palabras y las cosas*, *La arqueología del saber* y *Vigilar y castigar*, la noción de *curriculum* fue sometida a riguroso análisis, sobre todo, por pedagogos que se manifestaban a favor de la corriente de la *didáctica crítica*; la UNAM divulgaba masivamente la *Revista Perfiles Educativos* como un foro abierto a todas las miradas educativas y que después de un periodo de auge sobre la perspectiva de modularidad, ahora venía desarrollando serias y fundadas críticas. Asimismo, en el CISE (Centro de Investigación en Servicios Educativos) se hacía un profundo trabajo de reflexión sobre la educación y sus modelos (Acuña E., 1988; Alcántara S., 1990; Alvarado R., 1989; Charles C., 1988; Gil A., 1991; Martínez L., 1989; Mercado H., 1996; UNESCO, 1989; Bañuelos M., 1993; entre otros).

Estos autores debatieron las experiencias conocidas y coincidieron en que se había prestado demasiada atención a la elaboración de productos formales en detrimento de la reflexión sobre procesos educativos y administrativos. Se hizo especial crítica al abandono del estudio de las relaciones de poder y contrapoder que se despliegan entre los individuos que participan en la práctica del *curriculum*, los problemas para incrementar el financiamiento para la educación, el crecimiento de nuevas opciones educativas (sobre todo de carácter privado), la crisis del

mercado laboral para los profesionistas, el surgimiento de un nuevo estatus sobre el conocimiento técnico, entre otros problemas.

Al menos en la UNAM, este será un período de gran significado para los profesores que pugnábamos por establecer un proyecto de evaluación institucional para reflexionar y en su caso modificar los planes y programas de estudio. Muchos profesores de la FES Z acudimos a los cursos del CISE y discutimos internamente sobre el modelo educativo de la escuela y sobre la pertinencia académica de los planes de estudios. Salvo el plan de estudios de medicina, los otros seis empezaron a sufrir cambios y adecuaciones. En el caso de la carrera de medicina, la orientación hacia las propuestas de tecnología educativa ganó presencia y se impuso definitivamente un orden estricto sobre el tiempo y la forma que cada profesor debería emplear para desarrollar cada objetivo del programa.

No obstante, en el caso del TCSC ha sido mucho más determinante el orden que nos imponen las condiciones socioeconómicas y culturales de las comunidades que el orden que se propuso para establecer los programas de estudio. Esa objetividad que se hace posible en el trabajo de escritorio, no rinde beneficios ni es aplicable cuando se trabaja directamente con las poblaciones. De tal modo que, a 27 años de realizar el TCSC todavía no se ha logrado imponer un programa de estudio en el que todos los profesores nos encontremos representados. Pero lejos de constituir un obstáculo, ha sido debido a ello, que el TCSC continúa enriqueciendo la vida académica de la institución.

Sin embargo, la preocupación por contar con planes y programas de estudio que conserven la misma estructura en su presentación ha sido preocupación de las más altas autoridades universitarias. Actualmente, no existen acuerdos definitivos en el sentido de considerar cuáles deben ser los componentes generales de los currícula universitarios. No obstante, en diciembre del 2001, la Escuela Nacional Preparatoria (UNAM) se propuso realizar la evaluación curricular de planes y programas y difundió por *Gaceta UNAM* (13/12/01, p.8) que los componentes

fundamentales del *currículum* de bachillerato serían los siguientes: fundamentos filosóficos, pedagógicos y sociales que determinan el qué, cómo, cuánto y cuándo enseñar en tres niveles de análisis: el formal, el real y el oculto o implícito -además de revisar- documentos normativos, la práctica cotidiana y las intencionalidades ocultas en unos y otros.

A nivel de las licenciaturas en la UNAM, el rector Francisco Barnés propuso en 1997 que se estableciera el conjunto de lineamientos básicos para el diseño curricular de las licenciaturas en la UNAM. En el 2001 la Dirección General de Evaluación Educativa de la UNAM presentó el documento base para la evaluación curricular. Hasta ahora, es vigente la *Guía de autoevaluación de programas académicos de licenciatura* que comprende 61 preguntas abiertas y un guión de autoevaluación sobre los siguientes aspectos:

- Misión y objetivos
- Contexto (internacional, nacional e institucional)
- Estructura (plan de estudios, personal académico, estudiantes, infraestructura, bibliotecas, recursos financieros).
- Proceso (gestión académico-administrativa, docencia e investigación, trayectoria escolar).
- Resultados (eficiencia terminal, productividad académica, seguimiento de egresados y titulados).
- Informe final.
- Plan de trabajo.
- Seguimiento y autorregulación.

Este modelo de evaluación curricular propuesto por el rector no tuvo impacto en la FES Z. La evaluación curricular era una vieja demanda, prueba de ello es que en 1979 se había creado el Departamento de Evaluación Académica, instancia que definió los criterios de evaluación curricular hasta 1987. Posteriormente, bajo la administración del doctor Benny Weiss Steider (1990-1998), ocurrieron los

primeros cambios curriculares importantes en los planes de estudio de las carreras de Biología, QFB, Ingeniería Química, Enfermería y Odontología (Psicología y Medicina se mantuvieron prácticamente sin cambios formales).

Entre los componentes curriculares propuestos por la FES Z para la evaluación podemos citar los siguientes:

- **Análisis global** sobre la presentación y estructura del plan curricular.
- **Congruencia interna**, conformada principalmente, por las definiciones institucionales en cuanto a la filosofía educativa, los objetivos, el perfil profesional, los programas académicos, la metodología de enseñanza, las formas y criterios de acreditación, evaluación y certificación.
- **Congruencia externa**, es el marco delimitado por el compromiso que la institución tiene con la sociedad. En este espacio se definen las relaciones entre el planteamiento educativo y el contexto socioeconómico, político y científico de la sociedad y de la profesión a la que corresponde.
- **Evaluación del impacto**, es decir, el balance de la experiencia cuantitativa y cualitativa. Este es un componente valioso para los responsables institucionales y para los integrantes de una comunidad académica. Para los primeros, las investigaciones y evaluaciones cuanti-cualitativas proporcionan la mirada humana de los procesos educativos en cuanto a logro de metas y sobre conductas, valores y emociones vividas; datos que indudablemente tienen sentido, sobre todo, para el reconocimiento de nuevos y viejos problemas, así como para reflexionar acerca de las relaciones interpersonales en su dimensión ética. Para los segundos, estos datos les proporcionan información sobre sí mismos y sobre la institución en la que laboran o les ha formado; elementos que facilitan la identidad y compromiso con el establecimiento educativo.

Finalmente, entre el 2001 y 2002 las autoridades de la FES Z realizaron un primer ejercicio denominado *Autoevaluación de programas académicos de licenciatura**,

* Consultar p. 31 de este documento

que es diferente de las dos propuestas citadas. Este modelo se basó en el enfoque sistémico e incluyó los siguientes apartados:

- **Datos generales** (edad, sexo, lugar de nacimiento, turno, tiempo que dedica al estudio, escuela de origen).
- **Experiencias académicas** (razones por las que se eligió determinada carrera y universidad, grado de satisfacción con el plan de estudios que cursa, con adquisición de conocimientos, habilidades y actividades extracurriculares relacionadas con su carrera).
- **Infraestructura y servicios** (opiniones sobre laboratorios, equipos, materiales, instalaciones, servicios escolares, aulas, baños y mobiliarios).
- **Opinión sobre su formación** (utilidad de su profesión con relación al mercado laboral, el ejercicio docente, la práctica profesional y para continuar estudios de posgrado).
- **Satisfacción con los estudios** (importancia de las actividades extracurriculares, satisfacción con su formación académica, recomendación de la carrera y valoración sobre su experiencia en la UNAM).

Sin duda, esta primera experiencia de realizar evaluación debe considerarse como una aportación valiosa para la institución, sin embargo, es necesario acotar algunos comentarios al respecto. Con los datos obtenidos se pueden plantear programas de mejora para remediar la insatisfacción de los alumnos porque los baños o las aulas se encuentren en malas condiciones, pero resulta imposible integrar un diagnóstico sobre lo que la FES Z se propuso hace 27 años, pues no existe en este proyecto ningún indicador que pueda proporcionar información sobre lo que ha sucedido con la interdisciplina, con el trabajo de campo en salud comunitaria, con la formación profesional alternativa que se proponía, en fin, con ninguno de los propósitos que dieron origen al *currículum Zaragoza*.

Por lo tanto, con esta tesis se propone reivindicar el ejercicio docente que se realiza en las comunidades aledañas a nuestra escuela, desde el cumplimiento de

una función sustantiva de la UNAM, la docencia, y desde la función social primigenia del quehacer responsable de una dependencia universitaria propuesta para tal fin y que aún sin el reconocimiento institucional, no sólo cumple a cabalidad con el desarrollo del *currículum* propuesto en 1976, sino que además, se perfecciona y adecua a las necesidades actuales.

Muchos de los proyectos educativos que empezaron con el llamado sistema modular han sido evaluados, modificados, adaptados o desarrollados. Otros, como en el caso de la FES Z, no han sufrido modificaciones sustantivas en los aspectos formales aunque sus aplicaciones difieran de una carrera a otra o de un programa académico a otro e incluso, a pesar de que las diferencias existan entre profesores de una misma área o carrera.

Desgraciadamente, no se ha generado una cultura de evaluación al interior de la comunidad de la FES Z, lo que ha impedido atender reclamos y propuestas de los académicos que se han pronunciado a favor de cambios desde el inicio de actividades de la institución. Algunos ejemplos del tono con que se ha analizado el desarrollo de la FES Z se encuentran en documentos como: *Memorias del primer foro académico laboral ENEP*, editado por el STUNAM, 1982, *Memoria del Foro Las Multidisciplinarias*, editado por la FES Cuautitlán en 1995 y *Colección Dialógica*, FES Z, 1998.

No obstante el tiempo transcurrido desde la fundación de la FES Z y la renuencia de los funcionarios a reflexionar y discutir el proyecto académico como una comunidad de trabajo, resulta todavía alentador escuchar entre los profesores fundadores que refieren a sus alumnos como las premisas básicas del modelo educativo de la FES Z, las siguientes:

- Integración de la investigación-docencia-servicio
- Enseñanza orientada a la solución de problemas
- Vinculación de la teoría con la práctica

- Análisis interdisciplinario y multidisciplinario
- Importancia del trabajo grupal y comunitario
- Caracterización del profesor y el alumno como sujetos en relación recíproca de enseñanza-aprendizaje, activos, propositivos, creativos y críticos
- Vinculación con la zona de influencia para la investigación y el servicio

En cambio, los profesores de reciente ingreso que no participaron en el diseño del *currículum* se mantienen ajenos o indiferentes al debate. En el modelo original, se tenía el empeño por lograr la ejecución de estas premisas en las actividades y los procesos de enseñanza-aprendizaje en aula, campo o laboratorio desplegando para estudiantes y profesores amplios conjuntos de actividades formativas: intelectuales, científicas, técnicas, afectivas y sociales (Delgado A., 1989,). En este proceso educativo, se ha concebido al profesor como un enseñante cuyas funciones de facilitador, coordinador y agente de socialización deben propiciar el trabajo grupal como condición para generar juicios críticos, conductas solidarias y formas de trabajo independientes (Gujardo O., 1994; Hidalgo J.L., 1993; Farley M., 1986; Rugarcía A., 1989; Sáez A., 1992; Tudela V., 1986).

Plan de Estudios. Este es un instrumento formal de trabajo que dirige y auxilia las prácticas docentes de la FES Z, por lo que sólo se introduce un planteamiento general. Técnicamente, el plan de estudios puede definirse como un instrumento de la didáctica, documento formal que expresa una determinada concepción sobre el proceso enseñanza-aprendizaje a partir de la definición de módulos y objetivos, la selección y orden de contenidos, las actividades instruccionales, el número de créditos y las formas de evaluación, acreditación y certificación. El plan de estudios de tipo modular deja sentir la enorme influencia que recibió de las corrientes pedagógicas encabezadas por Tyler (1973), Johnson (1978) y Panzsa (1981) que proponían sistematizar la práctica docente con el propósito de lograr mayor eficiencia en los procesos educativos desde una perspectiva de control de los procesos.

El diseño de planes de estudio de tipo modular tuvo su mejor momento en la década de los años 70' y coincide con el aparente éxito que obtuvo la tecnología educativa que se incorporaba prácticamente en todo el sistema educativo nacional. Era en el plan de estudios donde se concentraban de manera sintética, los planteamientos básicos del *curriculum* al definir el conjunto y orden de los módulos, las relaciones que estos guardan entre sí de manera horizontal y vertical, objetivos educativos que debían incluir especificaciones sobre cuatro áreas:

- Conocimientos/problemas de la realidad
- Habilidades/destrezas/ afectos/actitudes
- Perfil y funciones profesionales
- Disciplinas básicas y aplicadas que participan a lo largo de la formación. Se incluía además: bibliografía, número de horas teóricas y prácticas, créditos, recursos, actividades instruccionales, formas de acreditación y de evaluación .

Profesores de la ENEP-FES Z teníamos resistencia a caer en algunas de las propuestas de la tecnología educativa, particularmente, en el uso de medios electrónicos para sustituir al profesor en su cátedra y en el uso abusivo de esquemas para programar lo macro y lo micro en unidades de tanta precisión que se terminaba por sacrificar y fragmentar contenidos, explicaciones y actividades con tal de seguir el ritmo impuesto, que igual pretendía medir metas, logros, recursos y tiempo que conductas y aprendizaje. Afortunadamente, el plan de estudios de la carrera de medicina quedó prácticamente exento de esta lógica.

Como ya se mencionó, el diseño curricular para la carrera de medicina se basó en el *curriculum* del *Plan A 36* (1974) de la Facultad de Medicina de estructura modular y enfoque tutorial que había surgido casi paralelamente a la creación del *Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud* (CLATES) bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud y la propia Facultad de Medicina. CLATES fue presidido por el primer director de la ENEP-FES Z, José M.

Álvarez Manilla y, en él participó activamente, el primer coordinador de la carrera de medicina, Rodolfo Herrero Ricaño.

Otras influencias fueron: el modelo de Cuba (1964) basado en la *integración docente-atencional-investigativa*, la enseñanza-aprendizaje en situaciones reales y productivas y la constitución de las unidades básicas urbanas de salud para consulta externa llamadas *Policlínicos Integrales*. En los primeros años de la siguiente década, otros países como Brasil, Nicaragua, Guatemala, Chile y Venezuela reformularon también sus planes de estudio de la carrera de medicina con el mismo enfoque sobre la integración de docencia, investigación, atención médica; educación tutorial, trabajo en equipo y vinculación universidad-sociedad.

En la FES Z el plan de estudios vigente se aprobó por el Consejo Universitario en 1989. Entre 1977-1989 se trabajó con el Plan A 36. Ambos son semejantes, por no decir idénticos en lo esencial.

Del plan de estudios se han derivado los programas, documentos adicionales que son más sencillos en su diseño y no requieren de instancias académicas externas para ser aprobados o modificados. Son elaborados por los profesores de las áreas o disciplinas que participan como docentes en los diversos módulos. Cada programa de estudios debe precisar cuáles son las habilidades, destrezas o competencias profesionales que los estudiantes deben alcanzar para acreditar. El programa expresa los objetivos del área o disciplina del conocimiento que se desean alcanzar, las propuestas didácticas, los contenidos temáticos, el número de horas teórico-prácticas, la bibliografía, los procedimientos para evaluar y acreditar y la duración del programa. Se pretende que cada programa se relacione con las diferentes áreas de conocimiento y los módulos, de manera que el estudiante se encuentre en posibilidades de integrar prácticas y saberes complejos que le permitan reflexionar y actuar sobre diversos problemas. Es frecuente que en la FES Z cada profesor tenga su propio programa o realice por su cuenta, ajustes al programa *oficial*.

3. El plan de estudios de la carrera de médico cirujano de la FES Z

3.1. Antecedentes

Mencionar algunos otros acontecimientos y coyunturas políticas nacionales e internacionales pueden ofrecer precisión al contexto que permita explicar la decisión de que el plan de estudios de la carrera de médico cirujano de la ENEP-FES Z se diseñara con las características de un plan de estudios de tipo modular. El contexto nacional que tenía lugar cuando se decidió la fundación de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales ya ha sido descrito en las páginas anteriores, por lo que no hace falta hacer mención aquí. En este apartado nos vamos a referir exclusivamente a las fuentes externas e internas más directas que determinaron la definición del plan de estudios vigente. Entre los factores externos de mayor peso podemos citar los siguientes:

- La influencia del modelo de educación médica proveniente de Estados Unidos de Norteamérica desde el *Informe Flexner* publicado en 1910 hasta 1945 y 1952, momentos de cambios definitivos en los modelos de enseñanza de las universidades de Western Reserve y la de Colorado Spring. El informe que presentó Abraham Flexner sobre la educación médica en EUA y Canadá abarcó el estudio de 155 escuelas de medicina de esos dos países. De las propuestas que hizo y que son semejantes al plan de estudios de medicina de la FES Z se pueden citar las siguientes: integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas, estimular el aprendizaje activo, limitar el aprendizaje memorístico, favorecer el pensamiento crítico y las habilidades de los estudiantes para resolver problemas. Doce años después de la difusión del documento ya se habían reestructurado casi todas las escuelas de medicina en EUA. Estas universidades proponían por primera vez, la organización de los planes de estudio bajo el modelo de *enseñanza integrada, enseñanza práctica, enseñanza de medicina preventiva, y relación individuo-familia-comunidad.*

- Después de dar a conocer los resultados de la investigación *Modelos Curriculares Alternativos en Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina*, realizada por Francisco Villagrán (1981), se hizo la propuesta de desarrollar la enseñanza de la medicina preventiva en América Latina siguiendo el prestigiado modelo de Leavell y Clarck (referido a los 3 niveles de aplicación de la medicina preventiva) que es ampliamente discutido y aceptado en sendas reuniones latinoamericanas celebradas en las ciudades de Tehuacán Puebla y Viña del Mar, Chile en 1958.

- El Plan Dalton en 1920 y el Plan Keller en 1965 propusieron una reforma completa a la pedagogía tradicional estadounidense que tendría repercusiones a nivel mundial en los años siguientes. Estos modelos formaron las piedras angulares de la llamada *Escuela Nueva* que consideraba el aprendizaje como un proceso individual en el que cada persona tiene intereses y formas diferentes de aprender a pesar de formar parte de un mismo grupo, por lo que se debería considerar el trabajo en equipo para enriquecer el conocimiento y la experiencia del grupo mientras el profesor sería capaz de instrumentar un sistema de enseñanza personalizada. Enunciando los beneficios de estos modelos, en 1969, la Universidad de Harvard (EUA) propuso la integración de grupos interdisciplinarios como estrategia educativa en la enseñanza superior.

- Ese mismo año (1969), la escuela de medicina de Guatemala adoptó la integración curricular en tres áreas (ciencias biológicas, ciencias clínicas y ciencias de la conducta) y la atención al individuo, familia y comunidad. Organizó el modelo para ser cursado en 3 fases de estudio:
 - Estudio de la salud-enfermedad en condiciones normales.
 - Estudio de la salud-enfermedad en condiciones patológicas.
 - Estudio de la salud-enfermedad en condiciones de control y rehabilitación.

- Países como Cuba, Nicaragua y México se afiliaron con entusiasmo a la propuesta. En el caso de México se creó el primer proyecto en la Facultad de

Medicina del *campus* CU en 1974 que se llamó *Plan A 36*; el segundo modelo inició poco después en las Escuelas de Estudios Profesionales Iztacala y Zaragoza, que en lo general, adoptaron el mismo proyecto.

- Asimismo, se preparaba desde 1976 la famosa *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* a realizarse en Alma Ata, Rusia, 1978. De esta conferencia se partió para analizar múltiples problemas sobre el tipo de enseñanza y práctica médica que, a decir de los asistentes, se encontraba en crisis y era urgente adoptar un nuevo modelo que comprometiera a todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- El modelo de *Atención Primaria de Salud (APS)*, como una de las principales aportaciones de Alma Ata (OPS/OMS, 1980), comprometía a los ministros de salud para impulsar la formación de médicos en actividades de prevención, educación y fomento de la salud con apoyo de la infraestructura del sector salud; así como, promover entre los estados miembros de la OMS la articulación de políticas públicas intersectoriales que mejoraran las condiciones de vida de los pueblos con el propósito de lograr la meta propuesta en esa reunión: *Salud para todos en el año 2000*, es decir, abatir las enfermedades causadas por la pobreza, impulsar la participación comunitaria en actividades relacionadas con la salud, ampliar la cobertura de atención de los servicios médicos y asistenciales y poner en marcha programas estratégicos para la atención específica de grupos en situaciones de riesgo.
- Asimismo, es preciso recordar la importante influencia que ejercieron en el contexto internacional las tesis de un nutrido grupo de latinoamericanos sobre la crisis de la medicina occidental y los trabajos sobre educación y gestión cultural promovidos por organizaciones internacionales como la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) y la ALPRO (Alianza para el Progreso) que prometían avances cualitativos sobre el desarrollo social.

En el ámbito estrictamente doméstico, tres factores fueron decisivos:

- El primer factor que influyó decisivamente en la organización del *curriculum modular* en la FES Z, fue que su primer director, el Dr. Álvarez Manilla contaba con una gran experiencia en el diseño de planes de estudio desde la perspectiva modular. Álvarez Manilla había sido fundador del *Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud* (CLATES) y había encabezado el *Proyecto Modular Plan A 36* en la Facultad de Medicina y fue el primer secretario de educación médica en dicha dependencia.
- En segundo lugar, vale la pena señalar la postura del rector Soberón durante su primera gestión al frente de la UNAM (1973-77). Al inicio de su rectorado propuso la creación, ampliación y renovación de espacios universitarios, y como señala Guevara Niebla (1990:76): “probablemente lo más conspicuo en el plano académico que tuvo esta administración fue la creación de un nuevo sistema académico, a través de unidades distribuidas por distintas zonas del Valle de México, las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, en las cuales fue posible experimentar nuevas formas de organización académica y nuevos métodos de enseñanza. En las ENEP se ensayaron, entre otras cosas, el sistema departamental matricial de organización académica y el sistema modular de enseñanza”.
- En tercer lugar, el director fundador de la carrera de médico cirujano de la ENEP-FES Z fue el Dr. Rodolfo Herrero Ricaño quien no sólo asumió el compromiso de diseñar e instrumentar el plan de estudios de la carrera de medicina que inició en enero del mismo año, sino que había contribuido en el diseño del Plan A 36, había participado activamente en el CLATES y poseía la fuerte convicción personal de que se produjeran reformas contundentes sobre el modelo de enseñanza de la medicina y de la práctica médica dominante. El doctor Herrero permaneció al frente de la carrera entre 1976-1982, posteriormente, asumió la dirección de la ENEP Z durante 1982-1990.

En este contexto, el plan de estudios de la carrera de médico cirujano que desarrolló la FES Zaragoza se asumió el compromiso de concebir a la educación médica como un proceso de formación humanística y científica que permitiera al estudiante el desarrollo de capacidades intelectuales y de habilidades prácticas para impulsar el conocimiento sobre el saber médico y sobre el ejercicio profesional dirigido a mejorar las condiciones de vida de la población más necesitada. Algunas de las funciones profesionales definidas más abajo, conservan cercana similitud con los planteamientos de Alma Ata, y la organización del trabajo de campo en salud comunitaria parece constituir el espacio de realización para desarrollar los principales pronunciamientos de la APS.

En el *V Congreso Nacional de Atención Primaria de Salud* realizado en la Ciudad de México en septiembre de 1993, la representación del presidente de la *Academia Nacional de Atención Primaria de Salud*, recayó justamente en el Dr. José Manuel Álvarez Manilla (primer director de la FES Zaragoza). En dicho congreso se insistió en reconsiderar la APS como una estrategia de salud apoyada por una política social con grandes posibilidades para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población. No obstante, el derrotero intelectual que ya se perfilaba como dominante venía con un nuevo discurso: el de la promoción de la salud (tema que trataremos más adelante).

Un modelo de trabajo comunitario muy semejante al que se desarrolla en la FES Z, es el que se realiza en el Estado de Colima, (México), donde se han puesto en marcha desde 1994 procedimientos de trabajo para la promoción de la salud comunitaria. Estos procedimientos se denominan *módulos docente-asistenciales (MODA)*. Es una estrategia docente-asistencial organizada mediante el trabajo en equipos multiprofesionales para interactuar en pequeños sectores de la población con el objetivo de lograr la participación de esa comunidad y favorecer su enlace con los servicios de salud de la localidad. Las experiencias de los MODA, entre 1994-1998 se están compartiendo y comunicando con equipos de trabajo semejantes con al menos 10 países latinoamericanos.

Las características del Modelo MODA son:

- Planeación, desarrollo y evaluación de actividades con la participación del sector universitario, sector salud, autoridades estatales y la comunidad.
- Integración de equipos multiprofesionales con estudiantes, docentes (de las carreras de Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Psicología).
- Definición de un modelo de competencias profesionales a desarrollar por los estudiantes basado en los paradigmas educativos de tipo constructivista y socio histórico y, como principios didácticos el aprendizaje activo basado en la solución de problemas.
- Integración de comités locales de salud con miembros de la comunidad, cuyo compromiso y misión es la promoción del autocuidado de la salud y el desarrollo de potencialidades de liderazgo, mediante procesos de capacitación y el desarrollo de habilidades para la autogestión. (Amador, F., *et al.*, 2001.)

De acuerdo a los autores, algunas de las evidencias del impacto que ha tenido esta metodología en comunidad, se pueden resumir en lo siguiente: se favorece la capacitación y el autocuidado de la salud, se genera cultura de autogestión, se fomenta la investigación entre alumnos, el trabajo en equipo, se retroalimentan los programas y planes de estudio y se sirve a la población necesitada.

Todavía falta decir, que si las coyunturas importaron para la definición del modelo educativo de la FES Z, no menos cierto es que, en su definición y permanencia están recuperadas las más importantes tradiciones de la UNAM y de las políticas nacionales de salud. Por ello, se expondrán aspectos sociohistóricos que respaldan su espíritu humanista en la producción de la ciencia y en el trabajo de sus comunidades y egresados; asimismo, intento mostrar el carácter nacionalista y solidario de las políticas en salud que hicieron posible el acceso a los servicios médicos de grandes sectores de la población del país. Modelo que se ha resquebrajado desde 1980 y ahora se encuentra en riesgo de sustitución a favor

de una medicina privada, especializada y de alto costo, cuyos médicos ejercen principalmente como técnicos de la salud y no como médicos humanistas.

3.2. Diseño

La coyuntura política, ideológica y social del momento contribuyó a nutrir la sinergia de ideas y proyectos educativos de Herrero Ricaño y Álvarez Manilla. Estas condiciones permitieron conjunción de esfuerzos para estructurar en 1977, el primer plan de estudios del sistema de enseñanza modular para la carrera de médico cirujano, que incluía la definición y misión del médico egresado de la ENEP Z, las funciones profesionales, el perfil del egresado y los programas académicos de los dos primeros años de la carrera. En el año escolar de 1976 se desarrolló un plan de estudios con enfoque tradicional, y entre 1977 y 1983 la ENEP Z trabajó con dos planes de estudio simultáneamente.

Para 1978 quedó concluido el plan de estudios modular en todos sus componentes y después de realizar diversas investigaciones educativas sobre evaluación de los aprendizajes, rendimiento académico, seguimiento de egresados, desempeño profesional en servicio social, entre otras, el Consejo Técnico de la escuela determinó suprimir el plan de estudios tradicional en 1983-84 y dejar únicamente el plan de estudios modular para la formación de los médicos en el *campus* Zaragoza. Este plan fue reestructurado y aprobado por el Consejo Universitario en 1989 y es a la fecha el plan de estudios vigente. En entrevista con el Dr. Herrero (realizada en marzo 2002), él recuerda que las bases conceptuales del modelo propuesto durante su administración como director de la carrera, pueden resumirse en las siguientes premisas:

- Desarrollar el pensamiento crítico frente a la realidad para aprender a resolver problemas mediante la formación teórica y la capacitación práctica.
- Establecer programas únicos por disciplina ponderando el mínimo de conocimientos necesarios para cumplir con los propósitos de la formación.

- Definir los objetivos de aprendizaje por áreas, mediante la comunicación directa con profesores y delimitar cada objeto de estudio por la importancia que éste tiene para el desarrollo de las funciones profesionales.
- Diseñar un programa permanente de capacitación y actualización docente.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario, la comunicación entre profesores, la colaboración en proyectos conjuntos y el trabajo colegiado en general.
- Proponer un sistema de evaluación objetiva a través del examen modular.
- Incluir la participación de profesores de ciencias sociales en el *currículum* para analizar aspectos filosóficos, éticos y pedagógicos subyacentes al ejercicio de la medicina.

Agrega el Dr. Herrero:

Uno de los principios que orientó el plan curricular es considerar la importancia de concebir a la educación médica como un proceso de formación humanística y científica que permita el desarrollo de capacidades intelectuales y habilidades prácticas para impulsar el conocimiento sobre el hombre y sus preocupaciones, incluida en primer lugar, la de salvaguarda de su vida. Es decir, importa que el alumno se interese por hacerse preguntas acerca del ser humano, lea al respecto y reflexione hasta constituir juicios complejos y útiles para encontrar ubicación y sentido a sus cuestionamientos, o bien, para volver sistemáticas sus prácticas de lectura y metódicas sus búsquedas de saber.

Dada su organización modular, este primer plan de estudios se estructuró por problemas y no por asignaturas; por su orientación pedagógica se interesó en articular teoría con práctica, y docencia con investigación y servicio; y para el abordaje de problemas optó por integración del conocimiento con perspectiva interdisciplinaria. La organización administrativa del plantel se sustentó en un ordenamiento de tipo departamental y matricial que permitía el flujo de profesores e investigadores entre las diversas carreras y áreas.

El plan de estudios de la carrera de médico cirujano que se imparte en la ahora FES Z, se concibió como integral y modular a partir de organizar contenidos teóricos y actividades prácticas en *módulos* que se desarrollaran en niveles de complejidad creciente y en torno al desempeño de las funciones sustantivas de la

Universidad Nacional: la docencia, la investigación y el servicio. Cada módulo debe integrar problemas generales de salud que se puedan abordar como objetos de estudio y como objetos de transformación.

3.3. Perfil profesional

Las premisas del *curriculum* modular se corresponden al perfil profesional que se pretende lograr en el proceso educativo. En la FES Zaragoza, las premisas del perfil profesional consideran la formación de un médico general capaz de integrar conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos de las diversas áreas que integran el saber de la profesión, que lo capaciten para la atención de la salud individual, familiar y comunitaria elaborando programas de prevención, curación y rehabilitación.

En este perfil profesional se considera muy importante la formación humanística, ética y moral como fundamentos que comprometen las decisiones y el quehacer médico. Por último, se pretende formar estudiantes con capacidad de cambio, críticos, reflexivos y capaces de proponer alternativas a los principales problemas del país y que la formación sea profesionalizante, de tal modo que el egresado continúe en un proceso de superación permanente una vez que ha egresado de la facultad..

En el capítulo de perfil profesional el plan de estudios (PE) precisa que la carrera de médico cirujano de la ENEP Zaragoza se propone:

- Formar un profesional de la medicina socialmente útil, promoviendo al mismo tiempo el pleno desarrollo de sus potencialidades.
- Dar a esa formación un carácter integral. Esto significa conjugar la capacitación para el trabajo (instrucción) con la formación de la conciencia (educación). Con la formación de una conciencia crítica se pretende que el egresado, en cuanto profesionalista, promueva la realización de los más altos valores científicos y humanísticos de la medicina; y en cuanto ciudadano, se comprometa con las necesidades del desarrollo social.

- Dar formación profesionalizante para la práctica de la medicina general y formación preparatoria para el ejercicio de las demás especialidades médicas. Esto significa que el egresado debe estar capacitado tanto para desempeñarse eficientemente en el campo de la medicina general, como para incorporarse con éxito en cursos de posgrado, si así lo desea.
- Capacitar al médico general no sólo para realizar funciones de servicio sino también de docencia e investigación.

Se añade:

El plan de estudios de la carrera de médico cirujano conceptualiza al médico general como el profesional de primer contacto encargado de aplicar medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, orientadas al control de las enfermedades más frecuentes del país y que contribuyan a la preservación y restauración del estado de salud de individuos, familias y comunidades. Forma parte del equipo de profesionales que da atención a la salud y sus funciones están delimitadas por la íntima relación con las funciones de los demás integrantes del equipo (Plan de estudios, 1989, p.197-208)

El sistema de enseñanza modular forma a este profesional enfrentándolo a los problemas existentes en la comunidad y no solo con simuladores de práctica profesional. Al respecto, en otro documento se precisa:

El médico cirujano forma parte del equipo de profesionales encargado de proporcionar atención a la salud; efectúa el estudio sistematizado y científico de la comunidad donde labora, con el objeto de determinar el tipo de riesgos a la salud a la que se encuentra sometida; determina y aplica las medidas preventivas prioritarias, necesarias para combatir estos riesgos; establece el diagnóstico clínico integral de los pacientes; determina las medidas terapéuticas necesarias y aplica aquéllas que sus capacidades y los recursos le permitan; e indica las medidas necesarias para la rehabilitación de pacientes. (SADD [Sistema Abierto para el Desarrollo Docente], Antología 1, 1998, p.281).

3.3.1. Funciones profesionales

El PE define como funciones profesionales sustantivas las siguientes:

1. Planificar programas de atención a la salud en unidades aplicativas (individuo, familia y comunidad).

- 1.1. Identificar necesidades de salud
- 1.2. Elaborar programas de atención médica
- 1.3. Integrarse a equipos de salud

2. Aplicar medidas de prevención primaria.

- 2.1. Aplicar medidas de promoción de salud y de protección específica
- 2.2. Realizar estudios epidemiológicos y referirlos a la instancia respectiva

3. Integrar diagnósticos.

- 3.1. Distinguir normalidad y anormalidad en las áreas bio-psico-sociales
- 3.2. Elaborar diagnósticos integrales de individuos, familias y comunidades considerando:
 - 3.2.1. Diagnóstico nosológico
 - 3.2.2. Diagnóstico etiológico
 - 3.2.3. Diagnóstico clínico (con apoyo de estudios de laboratorio y gabinete)
 - 3.2.4. Diagnósticos alternativos (apoyándose en otros especialistas)
- 3.3. Ubicar el diagnóstico de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades

4. Elaborar certificaciones médicas sobre los rubros siguientes:

- 4.1. Salud
- 4.2. Incapacidad
- 4.3. Defunción

4.4. Lesiones

5. Elaborar plan de tratamiento médico, considerando:

- 5.1. Contexto sociocultural del paciente
- 5.2. Disponibilidad de recursos médicos
- 5.3. Valores éticos de la profesión
- 5.4. Esquemas de referencia y contrarreferencia
- 5.5. Cuidadosa prescripción de medicamentos
- 5.6. Medidas básicas de rehabilitación
- 5.7. Procedimientos médico-quirúrgicos de la competencia del médico general

6. Mantener hábitos de estudio y procurar actividades de actualización profesional.

7. Aplicar el método científico en la investigación biomédica, psicomédica y sociomédica.

3.3.2. Organización curricular

La organización curricular correspondiente a los dos primeros años de la carrera, en los que se cursa la actividad de TCSC (Trabajo de Campo en Salud Comunitaria) participan tres áreas de estudio: clínicas médicas, ciencias de la salud pública y ciencias básicas. La selección de módulos y la organización de éstos obedeció a la lógica de otorgar una visión amplia sobre la situación general del país de acuerdo a los principales problemas de salud y grupos sociales afectados. El estudio y análisis del contexto sociodemográfico, cultural y de salud se considera de inicio para apoyar el resto de los módulos que siguen con la salud de los niños y las mujeres, los problemas de salud más frecuentes en la consulta externa de pacientes en edad adulta y los siguientes ciclos académicos (3° y 4°) se abocarán a problemas y actividades relacionadas con la atención médica en consulta externa, urgencias y hospitalización.

Los programas de estudio son anuales y los módulos que se cursan con la actividad TCSC, de acuerdo al número de semanas son:

Módulos según ciclo académico y núm. de semanas/módulo
Plan de estudios carrera de médico cirujano
FES Z

PRIMER AÑO	# sem.	SEGUNDO AÑO	# sem.
El hombre y su ambiente	20	Introdutorio	2
Crecimiento y desarrollo intrauterino	8	Piel y Músculo esquelético	4
Parto, puerperio y periodo perinatal	4	Respiratorio	4
Crecimiento y desarrollo extrauterino	8	Cardiovascular	8
		Digestivo	5
		Urogenital	5
		Nervioso y órganos de los sentidos	8
		Endocrino	5

Destaca el enfoque hacia las propuestas de la *atención primaria a la salud* con apoyo en la realización de actividades comunitarias contenidas en los programas

académicos de Epidemiología, Trabajo de Campo en Salud Comunitaria, Práctica Clínica y Humanidades. En apoyo a esta perspectiva, los alumnos tienen actividad clínica desde el primer día que ingresan a la Universidad y la actividad de TCSC unos meses después de haber recibido cierta formación académica.

Entre los grandes ejes temáticos propuestos en el plan de estudios destacan seis:

- Metodología de la investigación.
- Estudio integral del hombre.
- Análisis e investigación sobre el proceso salud-enfermedad.
- Determinación de los factores de riesgo a la salud individual y colectiva.
- Trabajo comunitario.
- Análisis y desarrollo de la práctica médica.

Entre objetivos generales y funciones profesionales se encuentran:

- Planeación y diseño de programas de atención médica.
- Investigación y diagnóstico de salud de individuos y comunidades.
- Aplicación de medidas de prevención primaria.
- Aplicación de tratamiento, curación y rehabilitación.
- Desarrollo de investigación.
- Conocimiento sobre procedimientos didácticos.

Los *postulados básicos* que sustentan el *currículum* modular en el PE, son:

- Integración teoría-práctica
- Integración multidisciplinaria
- Integración docencia-investigación
- Integración docencia-servicio
- Integración estudio independiente-enseñanza tutorial y enseñanza grupal
- Integración instrucción-educación
- Integración multiprofesional
- Enseñanza orientada a la solución de problemas

El cuarto apartado se dedica a describir la estructura del plan de estudios por los 3 niveles académicos, por los 27 módulos (4 corresponden al primer año de la carrera, 8 al segundo; 8 al tercer año; 5 al cuarto; al quinto año le corresponde el

internado rotatorio de pregrado y al sexto año le corresponde la realización del servicio social. Los niveles académicos son:

- Primer nivel (primero y segundo año de la carrera)
- Segundo nivel (tercero y cuarto año de la carrera)
- Tercer nivel (quinto y sexto año de la carrera)

Las disciplinas se organizan en aplicadas y básicas y una área puede participar en uno o dos de los criterios. Por ejemplo, el área de humanidades participa en el trabajo de campo en salud comunitaria, seminario de sociomedicina y seminario de humanidades; en el caso del área de epidemiología, ésta participa en teoría epidemiológica, trabajo de campo en salud comunitaria y seminario de sociomedicina. El plan de estudios distingue la siguiente organización de las disciplinas:

- Disciplinas Aplicadas (trabajo de campo, práctica clínica y laboratorios)
- Disciplinas Básicas Sociomédicas (humanidades y epidemiología)
- Disciplinas Básicas Psicomédicas (salud mental)
- Disciplinas Básicas Biomédicas (bioquímica, farmacología, microbiología e histoembriología)

Los tres últimos apartados se refieren a: criterios para la implantación del plan de estudios, plan de evaluación y actualización y tres anexos sobre estadísticas vitales, sobre matrícula escolar y sobre perfil docente. El PE fue aprobado en 1989, pero inexplicablemente es desconocido para la mayoría de los profesores, la primera vez que se difundió ampliamente fue en 1995.

El PE consta de 416 cuartillas. Nunca ha sufrido modificaciones en su texto, en cambio, se han modificado las estructuras académico-administrativas de la FES Z, de la carrera y de cada área. La planta docente y la matrícula escolar también han sufrido cambios. No obstante, el plan de estudios queda al margen de lo que realmente se realiza, ya que, el *currículum vivido* (entendido como el conjunto de actividades académicas realizadas cotidianamente y no siempre en apego al plan de estudios formal ni a los programas académicos oficialmente vigentes), ha sufrido cambios, adecuaciones, supresiones o adiciones que responden a

condiciones nuevas o emergentes de la actividad docente, a propuestas de grupos determinados o como soluciones a conflictos entre la comunidad de la carrera.

Lamentablemente, la carrera de médico cirujano carece de un proyecto académico institucional de evaluación curricular para considerar a luz de los problemas citados, cuáles son los asuntos de prioridad para establecer marcos de análisis que ubiquen desde el contexto nacional la problemática de la educación superior, la problemática de la UNAM y de la FES Z en particular, la situación de salud, del saber y de la práctica médica; la organización curricular actual y sus perspectivas, la formación y profesionalización docente, las posibilidades concretas de conducir o no un cambio en el trabajo académico.

Algunos profesores han escrito documentos que refieren problemas tales como: ausencia de programas integrados, rigidez administrativa, anarquía en el cumplimiento de programas, falta de compromiso académico de profesores y autoridades, desánimo, desinterés, egoísmo, desinformación, improvisación de profesores; hay quienes opinan que el sistema modular es una "mezcla malformada" de un plan de estudios que se propuso al margen de la academia, que no tiene identidad y que ha perdido sus propósitos iniciales (Avella M., 1998; Díaz J., 1988; Ruizvelasco I., 1988; Torres V., 1988).

En los capítulos siguientes, pretendo mostrar las ventajas psicopedagógicas, éticas y estéticas que se expresan en la actividad denominada Trabajo de Campo en Salud Comunitaria, que a pesar de 27 años de su implementación, se convierte cada año en una propuesta nueva y de gran valor formativo para profesores y alumnos, a pesar de haber carecido todo este tiempo, o tal vez debido a ello, de una propuesta formal para su desarrollo.

4. Trabajo de campo en salud comunitaria: Origen y contextos

4.1. Antecedentes principales

4.1.1. Universitarios y salud comunitaria

En México, uno de los antecedentes más inmediatos sobre el trabajo de campo en salud comunitaria, proviene de acciones del gobierno en materia de política social cuyo impulso se debe a propuestas del magisterio nacional.

Uno de los momentos más relevantes de su origen en México, se constituye a partir del Primer Congreso Higiénico Pedagógico de 1882 promovido por maestros de educación básica. Los resolutivos de dicho congreso ponían el acento en considerar a la educación como un componente de la salud y viceversa por lo que urgían al Estado Mexicano a buscar los mecanismos que permitieran que todas las escuelas del país contaran con las condiciones y recursos suficientes para promover la educación y la salud en todo el país.

Moreno y Kalbtk (1982:52) señala que los principales temas debatidos por los maestros congresistas fueron los siguientes:

- Definir condiciones higiénicas indispensables que deben reunir edificios escolares. Incluyendo tipo de mobiliario, espacios de trabajo y áreas de recreación.
- Buscar métodos de enseñanza que no comprometan la salud de los niños.
- Revisar y actualizar las características de libros y útiles escolares.
- Definir medidas para evitar la transmisión de enfermedades contagiosas.

A finales de la década de 1880 y durante las primeras décadas del año 1900, los maestros proponían que la educación escolarizada incluyera prácticas extracurriculares para los niños, que permitieran favorecer el desarrollo de la

imaginación, el razonamiento y la vivencia de experiencias concretas. Se proponía la inclusión de labores manuales, prácticas de aritmética y geometría, “lecciones de cosas”, por ejemplo.

Asimismo, se consideraba que los maestros podían realizar tareas fuera de las aulas y se propuso la plaza administrativa de *maestro ambulante* para que ejerciera docencia y capacitación en nutrición, higiene, elaboración de alimentos y huertos familiares en comunidades donde no hubiera escuelas en un radio de 3 kilómetros y con una población menor a los 200 habitantes.

Por lo que respecta a la educación para los adultos, la política educativa se encaminó no sólo a la alfabetización, sino que insistió en la capacitación de oficios y otras actividades como la lectura de textos literarios. Al conjunto de todas estas actividades se le definía como *proyecto comunitario*, éste modelo de trabajo era dirigido y ampliamente apoyado por las autoridades correspondientes.

Mientras, en el ámbito de la educación superior algunas profesiones como la antropología, la sociología y el trabajo social, desarrollaban paralelamente actividades de investigación *in situ* que contribuían a definir y evaluar programas comunitarios tendientes a la formación de profesionistas universitarios. A estas otras actividades se les denominó *trabajo de campo*. De esta manera, el trabajo comunitario y el trabajo de campo tenían en común la acción de investigar condiciones de vida, así como servir de enlace entre una política de Estado y los habitantes.

Es en este contexto que trabajo de campo en salud y trabajo comunitario en salud, serán términos que encontraremos vinculados estrechamente porque comparten el mismo origen: ambos son prácticas pedagógicas, científicas, culturales y de servicio, entendidas en el más amplio sentido de interpretación.

En los proyectos comunitarios de educación y salud, fueron muy relevantes las aportaciones de Justo Sierra y de José Vasconcelos, que igualmente influyeron en la definición de las funciones sustantivas para la Universidad Nacional Autónoma de México (Matute, A. y Álvarez B., 1981). Portadores de una gran convicción sobre la importancia de discutir los problemas pedagógicos relacionados con la enseñanza objetiva, los métodos didácticos y la educación integral, participaron en las principales reformas educativas de principios del Siglo XX que venían fuertemente antecedidas por los Congresos Nacionales de Instrucción Pública de 1882, 1889 y 1890 y 1910.

En aquella época, la actividad educativa de Joaquín Baranda, secretario de Justicia e Instrucción Pública (1876-1901) estaba propiciando uno de los más fructíferos debates sobre la educación en todas sus expresiones y grados escolares. Sólo como un ejemplo, cito un fragmento de uno de los discursos de Baranda expuesto en el Congreso de 1889 (citado por Moreno y Kalbtk, 1981:58).

La enseñanza debe ser fácil, sólida, pronta y sucinta; debe hablar a los sentidos, dar a los discípulos el conocimiento directo de los objetos por la intuición, porque no hay nada en la inteligencia que primero no haya pasado por los sentidos, es decir, no hay pensamiento que no se derive de una sensación. Es preciso no describir los objetos a los educandos, sino mostrárselos; es necesario no hacerles aprender definiciones y reglas abstractas, sino ejercitarlos por medio del ejemplo.

En aquellos congresos nacionales se trataron también los temas sobre la gratuidad, obligación y carácter laico de la educación ofrecida por el Estado; asimismo, se habló de la importancia de la extensión de la educación al campo, de los maestros ambulantes, de las escuelas para adultos, de la organización de la escuela rudimentaria, la instrucción primaria superior o secundaria, las escuelas normales y especiales, la escuela preparatoria y la instrucción superior. Uno de los ejes rectores era pensar en la educación como un derecho humano y como un atributo para "satisfacer las necesidades de la vida", que debiera estar siempre al

alcance de cualquier ciudadano sin importar su lugar de residencia, su condición social, económica, o cualesquiera otra.

Justo Sierra, en su calidad de secretario de Instrucción Pública y Bellas Artes (1901-1911) impulsó la organización de la educación popular a través del lema: "la educación al servicio del pueblo", que consistió en ofrecer mayores oportunidades de educación para las mujeres, promover la educación integral y armónica entre la educación física, intelectual, moral y estética (Álvarez Barret, 1981, p.96). Siempre insistió en defender los principios de la educación popular, laica, obligatoria y gratuita y fue pionero en proponer un programa de educación para la salud comunitaria. Partió del supuesto de que la educación prepara para la vida y que por lo tanto la educación debería ser una práctica extendida para beneficiar a toda la población.

Esta última afirmación contenía, sin duda, uno de los principios fundamentales del pensamiento democrático de Justo Sierra que llevaría a instrumentar la llamada *Escuela Rural* y las *Misiones Culturales* de los años siguientes. Decía Sierra en su discurso de inauguración de la Universidad en 1910 (citado por Villegas M., 1984:78 y 83), que la educación universitaria debería:

...crear hombres de ciencia, hombres de saber... que puedan, que tengan la facilidad que una selección sucesiva puede darles, para adquirir los más altos elementos de la ciencia humana, para propagarla y para crearla (...) decimos a los universitarios de hoy: la verdad se va definiendo, buscadla... sois un grupo en perpetua selección dentro de la substancia popular, y teneis encomendada la realización de un ideal político y social que se resume así: democracia y libertad.

José Vasconcelos, siendo rector de la Universidad Nacional de México (1920), elaboró el proyecto de reforma de la Ley Orgánica de Secretarías de Estado, mediante la cual, se creó la Secretaría de Educación Pública y Bellas Artes, institución de la que fue el primer secretario en 1921 y hasta 1923.

Para el maestro Vasconcelos, la docencia solo se podía ejercer si el profesor tenía una sólida formación científica, pero sobre todo, estética. Siendo secretario de Educación Pública, convocó a que se realizaran trabajos comunitarios en poblaciones marginadas de la Ciudad de México y dedicó especial atención a la divulgación de la literatura universal. Convencido de que la lectura y la escritura eran actividades forjadoras de la inteligencia y de la participación social de las personas, Vasconcelos no sólo impulsó las primeras misiones culturales hacia las regiones más apartadas de nuestro país, sino además, en 1929 hizo la propuesta del servicio social que debieran cubrir los estudiantes universitarios. Esta propuesta fue retomada en 1936, fecha en que se inició en México el servicio social de medicina.

En ese momento, las comunidades rurales constituían una de las preocupaciones centrales del gobierno federal, toda vez que más del 75% de la población nacional era rural; por lo que las misiones culturales llegaron a constituir puntos de enlace entre el Estado y la población rural, elemento fundamental para fortalecer la política nacionalista.

La primera misión cultural se inició en 1923 y el modelo se reprodujo velozmente pues se lograron avances muy importantes, sobre todo, porque la población campesina comprometió activamente su participación. Las misiones estaban conformadas por grupos multiprofesionales: alfabetizadores, agrónomos, profesores de oficios (carpintería, corte, confección) y ocasionalmente se incluían médicos y enfermeras. En 1938 se creó la Secretaría de Asistencia Pública que asumió compromisos con las autoridades educativas para contribuir a coordinar esfuerzos entre sí y las instituciones que prestaban ayuda a las misiones culturales.

Valero Chávez (2001:17-18) menciona que los éxitos obtenidos por Vasconcelos hicieron posible que en 1926 se creara la *Dirección de Misiones Culturales*

dependiente de la SEP. Asimismo, señala que los propósitos de las misiones culturales fueron:

- Procurar el desenvolvimiento económico de las comunidades, aprovechando y mejorando sus propias ocupaciones y técnicas de trabajo.
- Elevar las condiciones de higiene y salubridad de las poblaciones formando hábitos de higiene personal y social, creando campañas y mejorando los servicios de que dispone una población para tal fin.
- Avivar el deseo y la resolución de las gentes (*sic*) de vivir en hogares bien organizados promoviendo la integración del hogar, la elevación de la vida doméstica y el enaltecimiento de la familia.
- Influir en el mejoramiento de la habitación, la alimentación y el vestido de las gentes.
- Fomentar las relaciones sociales en los poblados campesinos e instituir formas valiosas de recreación.
- Despertar el anhelo por la cultura y crear instituciones que respondan... a ese deseo.
- Fortalecer los vínculos de solidaridad entre los mexicanos y crear actitudes de amor a la patria y de respeto a sus instituciones.
- Elevar la preparación profesional de los maestros rurales en servicio.

4.1.2. Desarrollo comunitario y desarrollo de la comunidad

Las misiones culturales tenían como ingrediente fundamental, un sentido casi místico por ayudar al desenvolvimiento del campo mexicano. Esta tradición, fue capitalizada por los programas comunitarios desarrollados por organismos internacionales (Alianza para el Progreso <ALPRO>, Comisión Económica para América Latina <CEPAL> y fundaciones como la Rockefeller y la Kellogg's) que después de la Segunda Guerra Mundial y sobre todo en las décadas 1960 y 1970, se erigieron en las principales instituciones generadoras de modelos de participación e intervención en los países subdesarrollados.

Para México, esas propuestas no le eran ajenas, pues ya en la década de los años 50 se habían establecido con éxito varios programas de desarrollo comunitario en algunas regiones rurales y comunidades indígenas del país; por ejemplo, el *Programa de Bienestar Social Rural* de la SSA en 1953, los *Programas de Higiene Escolar* de la SEP que habían iniciado a principios del Siglo XX, entre otros. El primero incluía campañas sanitarias para control de enfermedades infecciosas, actividades de atención materno-infantil, servicio médico asistencial y la promoción socioeconómica y de mejoramiento de la alimentación popular. El segundo, procuraba la capacitación de maestros para supervisar las actividades de higiene escolar que incluían: información nutricional, formación de hábitos higiénicos en los niños, primeros auxilios, entre otras actividades.

La gran diferencia que se expuso entonces, fue la consideración de que el desarrollo tendría que planificarse desde las localidades, regiones y nación, pues el trabajo con individuos, grupos y comunidades, organizado al margen de la participación, ofrecía resultados relativos y parciales. La intención era buscar alternativas que logran articular proyectos y resultados de manera extensiva entre las comunidades de una región y la entidad respectiva. Instituciones del Estado e investigadores universitarios promovieron proyectos comunitarios surgidos del trabajo entre éstos y los habitantes, los proyectos que así se plantearon recibieron inmediatamente el financiamiento externo.

Como ejemplo de estos proyectos, se puede mencionar el establecimiento de uno de los principales centros internacionales de formación para promotores en desarrollo comunitario, éste proyecto todavía vigente, se llamó inicialmente Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina (CREFAL) dependiente de la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) fundado en 1951.

Las principales ocupaciones del CREFAL fueron: la alfabetización y la formación de educadores en el desarrollo comunitario, actividades que han constituido sus proyectos de origen. No obstante, la creciente incorporación y desarrollo de programas comunitarios con diversos objetivos y bajo la perspectiva de integración al desarrollo mediante la articulación de diversas actividades (mejoramiento de la vivienda, trabajo, alimentación, salud, entre otros), motivó que en 1961 modificara su nombre por el de Centro de Educación Fundamental para el Desarrollo Comunitario en América Latina.

La gran meta del CREFAL apuntaba sus propuestas a regular los niveles educativos de acuerdo a los sectores de clase a los que pertenecían los demandantes de educación, así, proponía ampliar la oferta educativa privada y proporcionar a las comunidades rurales programas escolares enfocados a resolver los principales problemas de esas comunidades para arraigar en ellas a la población y evitar la migración a las ciudades (Wolfe, M., 1968).

También había surgido el Centro de Estudios Educativos A.C. (CEE) que pugnaba por reformas educativas que permitieran el cambio social y el avance hacia la modernidad de toda la sociedad. A través de sus *Folleto de Divulgación* los autores proponían la extensión de la educación como una responsabilidad pública del Estado pero con el apoyo de todos los profesores del país y la participación de la sociedad.

Otra institución promotora del desarrollo comunitario ha sido el Instituto Nacional de Protección a la Infancia, que posteriormente quedó incorporado al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Esta institución fue creada en 1961 y mantiene a la fecha, actividades relevantes de investigación en trabajo de campo y actividades de atención, promoción y desarrollo comunitario. En esa década, la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salubridad y Asistencia también incorporaron programas de desarrollo comunitario con una perspectiva *de autoridad*, asumiendo que el saber era patrimonio de los que están

acreditados en esas instituciones y que eran ellos las únicas personas para enseñar (Trejo, 1975). Por supuesto, éste elemento *de autoridad*, constituía un nuevo ingrediente a la tradición comunitaria y llegó a la década siguiente con gran influencia ideológica que además, proveía de mayor legitimidad al llamado *Estado Benefactor* caracterizado por su capacidad de negociación corporativa y por sus políticas sociales de apoyo y solidaridad con los sectores de población mayormente desprotegidos.

El trabajo comunitario a fines de la década de los años 60 y principios de la década de los años 70, sufrió constantes análisis y críticas que contribuyeron a crear un ambiente de reconceptualización, del cual, resultaron nuevas perspectivas. Si el trabajo comunitario se venía considerando como una actividad esencialmente de carácter práctico, en el sentido de sólo definir y actuar sobre problemas sociales muy concretos, en ésta nueva década 70, la discusión tuvo que ver con la preocupación por definir perspectivas de orden teórico y metodológico que ubicaba al trabajo comunitario como actividad científica y política para la cual la investigación, especialmente de carácter cuantitativo, representaba el eje articulador de cualquier decisión y acción sobre las comunidades.

Esta nueva visión tenía también su justificación en el abandono que había decidido hacer el Estado Mexicano con respecto del modelo desarrollista y populista de corte corporativo, para decidirse finalmente en la década siguiente, (1980) por un modelo neoliberal que aseguraba el crecimiento económico para ciertos sectores de la sociedad mientras se empezaba a extender la pobreza en todo el país. Si acaso el gobierno realizó alguna reforma importante a partir de 1980, ésta fue la educativa, que Nassif (1984) denominó *pedagogía de la dependencia* pues se apoyaba en la tecnología educativa centrada en las categorías de *tecnificación, racionalización y eficiencia* para marcar los grados y niveles de organización y control que debiera ejercer la escuela pública.

4.1.3. Nuevas propuestas universitarias

Esta actitud reformista de la escuela pública, recibió serias críticas en el ámbito universitario y en el caso de la UNAM y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), la resistencia se ofreció desde la corriente teórica llamada *pedagogía de la liberación* y la *pedagogía crítica*, que cuestionaban el contenido político y el autoritarismo en la educación, obstáculos al ejercicio de la libertad y la participación, así como el exceso de instrumentalización de la tecnología educativa que resultaba estereotipada e inflexible.

Desde una perspectiva humanista y de consideración respetuosa a las manifestaciones de la cultura, algunas dependencias de la UNAM decidieron plantearse nuevas prácticas educativas y profesionales orientadas a la atención de los grupos sociales en mayor desventaja social, partiendo de la premisa de que el encuentro entre universitarios y comunidades sería de beneficio mutuo. No obstante el marcado espíritu libertario de muchos profesores, el entusiasmo por la tecnología en educación llegó a contagiarse y extenderse de manera importante. El carácter dominante de la llamada *modernización educativa* involucró en mayor o menor medida a las instituciones de educación superior que alternaron propuestas de acuerdo a la coyuntura y permisibilidad que ofrecía cada institución.

En el caso de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, algunas de estas propuestas se tornaron en planteamientos emblemáticos entre profesores y alumnos. La FES Z no fue la excepción y en 1976 empezamos el trabajo comunitario en salud con la convicción de que se transformarían provechosamente las comunidades a las que asistíamos (poblaciones de Nezahualcoyotl, municipio del Estado de México y de la Delegación Iztapalapa); al mismo tiempo, teníamos programas académicos dominados por la tecnología educativa.

Mientras, en la UNAM, carreras como Trabajo Social, Psicología, Sociología, Odontología y Medicina reforzaron actividades de docencia, servicio e investigación en distintas comunidades extramuros.

Esa extraña tolerancia y combinación entre los fundamentos de la tecnología educativa (eficiencia, eficacia, calidad, costo-beneficio) y los fundamentos del trabajo comunitario (cambio social, justicia, desarrollo, participación, libertad) fue probablemente, uno de los mayores obstáculos para abrirse al debate y plantear posiciones más coherentes.

De un lado se aprovechaba la oferta de la tecnología educativa para diseñar los programas de estudio e impartir la cátedra con medios audiovisuales, materiales didácticos, con actividades programadas por día, hora y actividad. Se buscaba la homogenización, el control y la eficiencia. Por otro lado, se leían a los teóricos de la pedagogía crítica y se buscaban formas alternativas de aprendizaje donde se reconociera que la escuela no era la única institución donde se podía aprender y que la desescolarización podía constituirse en un proceso liberador de la conciencia individual y a favor de las luchas colectivas.

Esta última postura se derivaba de una reconsideración teórica sobre las aportaciones de corrientes marxistas promovidas por defensores de las políticas populistas y de autores latinoamericanos que construyeron la llamada *Teoría de la Dependencia* y que pugnaban por verdaderas transformaciones sociales, a partir de romper las estructuras colonialistas externas e internas que se dejaban ver en los programas de ayuda social y desarrollo de la comunidad promovidos desde corporaciones internacionales: financieras, empresariales, comerciales, entre otras, que insistían en sugerir que el desarrollo de los países pobres dependía de seguir las estrategias que utilizaban los países ricos.

Ianni (1972), Dos Santos (1972), Jaguaribe (1970), Germani (1973), Galeano (1971), Marini (1973) y Gunder Frank (1971), tuvieron un gran impacto en la

formación de profesionistas latinoamericanos y educadores que se convertían en los investigadores y los críticos más radicales frente a los programas externos de desarrollo de la comunidad y los programas *paternalistas* y *asistencialistas* del Estado mexicano.

Aún sin dilucidar cuál podría ser una propuesta metodológica para desarrollar el trabajo comunitario a fines de los años 70, se fue abriendo camino la propuesta de Investigación-Acción como la opción más viable para involucrar a la población en el desarrollo social a partir del auto reconocimiento de sus problemas, la elaboración de propuestas y la actuación sobre ellas para transformarse.

Esta propuesta fue muy bien acogida en instituciones universitarias porque se presentaba el trabajo comunitario como una oportunidad para el desarrollo científico de una metodología con alcances teóricos para avanzar en la producción de conocimientos de las ciencias sociales.

Barreix y Castillejos (1985) hacen mención de que algunas de las propuestas de Investigación-Acción-Producción de Conocimientos hacían suyos los principios (*obstáculos epistemológicos*) señalados por Bachelard. Entre éstos, dicen los autores, se encontraban los siguientes:

- Debe evitarse el privilegio exacerbado concedido a la experiencia y dar lugar al desarrollo de la crítica.
- Considerar que el conocimiento generalizado siempre lleva una gran carga de opinión.
- Despertar sospecha ante el uso del lenguaje apresurado que a todo encuentra explicación inmediata.
- Evitar el conocimiento unitario y pragmático que sólo conduce al dogmatismo.
- Cuidarse de la tendencia de unir e igualar los hechos más dispersos y alejados entre sí.

- Existe una cierta propiedad personal de lo real, por lo tanto, no se debe conceder vida propia a lo que es real como si por ser real fuera ya verdadero.

Autores de la propuesta Investigación-Acción sostenían que se podía volver a aprender de las experiencias del trabajo comunitario de los años 50, cuando las organizaciones de asistencia social y los movimientos de la democracia cristiana contribuían a la construcción de una sociedad menos desigual. Los autores proponían no sólo la investigación-acción, sino también reconocer los intereses, las necesidades y las posibilidades de que las comunidades participaran ,antes de impulsar proyectos que no tuvieran significado para los habitantes.

Además, por aquel tiempo se había contagiado el ánimo entre muchos profesores universitarios, y particularmente de la FES Zaragoza, sobre las propuestas de educación popular que promovía Paulo Freire desde el Brasil entre 1970-75; la postura crítica de Illich entre 1974-78 frente a la práctica médica; los hallazgos de Margaret Mead en Samoa (1977); la publicación de los diarios de campo de Bronislaw Malinowski (1967); las investigaciones de campo reportadas por Esther Hermitte, Argentina entre 1970-1977; las investigaciones en México de Bonfil Batalla (1979), Aguirre Beltrán (1975); entre otros, que abrían el camino de la antropología cultural para incursionar en nuevas rutas de análisis que le dieron gran impulso al trabajo comunitario desde la perspectiva de la metodología cualitativa.

En este ambiente de gran productividad intelectual producida por la experiencia de campo latinoamericana, se volvieron a revisar los acuerdos tomados durante el Congreso Nacional de Desarrollo Comunitario que se realizó en Guadalajara, México (1973).

Valero Chávez (2001:31-32) resume las conclusiones de este congreso:

El desarrollo comunitario para ser considerado como tal en el contexto de nuestra realidad mexicana, incluye los siguientes factores:

- Cambios permanentes que generan un proceso dinámico y revolucionario de las estructuras socioeconómicas existentes.
- Se realiza en forma integral, dentro de un programa de desarrollo nacional, regional y local.
- Para conseguir la liberación que termine con la enajenación personal y colectiva de los grupos dominados.
- Un auténtico desarrollo comunitario tiene como condiciones los siguientes elementos:
 - Que sea respuesta a conflictos dados en el contexto social.
 - Que cuente con la participación consciente, organizada, activa y responsable de los grupos a desarrollarse.
 - Que aproveche, a través de la coordinación, los recursos humanos, técnicos, económicos, etcétera, de todas las agencias gubernamentales que los posean.
 - Que cuenten con el compromiso del trabajador en desarrollo comunitario, para luchar por la liberación de los dominados, compromiso social que se genera en una plataforma de principios (mística, motivación).

Como resultado del desarrollo comunitario se obtienen:

- Acceso a mejores niveles de vida para un mayor número de personas.
- Autogestión de aspiraciones y soluciones nuevas. Ambos elementos en constante interacción dialéctica.

Mendoza Rangel (2001), hace hincapié en el cambio de términos que se acordaron en el Congreso, en el que se decidió que a partir de ese momento se debería sustituir el concepto de *desarrollo de la comunidad*, por el de *desarrollo comunitario*. De esta suerte se entendió que los programas de organismos internacionales sin el consenso de las sociedades donde se aplicaban formaban parte de la perspectiva *desarrollo de la comunidad*; en tanto que los programas con arraigo social y participación democrática formaban parte de la perspectiva de *desarrollo comunitario*.

Universidades de América Latina tenían propuestas de trabajo muy interesantes. En Guatemala, por ejemplo, se creó en 1969 el Programa de Salud y Comunidad (PROSAC) cuyo planteamiento curricular es extraordinariamente semejante al de la FES Z, tanto en el planteamiento de premisas como en la estructura del plan de estudios de la carrera de medicina que se imparte en ese país.

Las actividades comunitarias de los estudiantes iniciaban al principio de la carrera con las llamadas EDC (Experiencias Docentes con la Comunidad) y finalizaba con una práctica a nivel rural de 6 meses llamada EPS (Ejercicio Profesional Supervisado). Este programa estuvo vigente hasta 1980. (Varios autores, Servicio social...1993).

En Brasil se había echado a andar en 1975, el Programa de Salud a Comunidades Dispersas. El aspecto más relevante de este programa consistía en que los alumnos atendían a las poblaciones en el mismo lugar donde estudiaban. Este proyecto sobrevivió 15 años pero la estrechez de recursos y los pocos resultados en la atención integral de la salud comunitaria, lograron que finalmente se cerrara esta opción. Ivan Illich opinaba que este modelo conservaba la organización autoritaria del sistema educativo aunque se hubiera movido de lugar la escuela y que una buena alternativa sería la de crear el hospital escuela donde el alumno fortaleciera su capacidad de resolver problemas.

El entusiasmo no era privativo de América Latina y en 1969 se creó el Programa *WAMI* en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington de EUA. Este programa ha estado operando desde entonces a partir de un sistema descentralizado de educación médica basado en la atención de la comunidad. Las acciones en comunidad se inician cuando los estudiantes cursan el 3° y 4° año de la carrera, sin menoscabo de que los alumnos puedan incorporarse a partir de haber concluido el primer año. Los propósitos de este programa han sido:

- Mejorar la salud de la población.
- Incrementar el acceso a la educación médica sin fundar nuevas escuelas de medicina.
- Aumentar el número de médicos dedicados a la atención primaria de la salud.
- Enriquecer la educación de los estudiantes de medicina utilizando con fines docentes los centros de salud comunitarios.
- Mejorar y ampliar los programas de educación médica continuada.

- Apoyar el desarrollo de programas comunitarios de atención a la salud.

El director del programa señaló en 1993: "La experiencia ha demostrado que es posible educar eficazmente al estudiante de medicina en sitios alejados del centro académico" (Varios autores, 1995:359).

Cuando se revisa la literatura sobre trabajo comunitario, nos encontramos con diferentes interpretaciones, que lo consideran desde posiciones ideológicas distintas, por ejemplo de carácter moral o ético, argumentando que es el trabajo voluntario, la cooperación solidaria, la necesidad de gestión cultural o social, el compromiso educativo o la retribución de los profesionistas a su sociedad; o bien, desde perspectivas políticas donde las acciones se traducen en necesidades de articulación e integración social, participación democrática, conocimiento y control de los entornos sociales, e incluso, como la participación y reconocimiento de los liderazgos populares para atraer la simpatía de grupos populares a favor de las causas partidistas.

Hasta la década de los años 90 no se han logrado consensos sobre las perspectivas teóricas y metodológicas para desarrollar el trabajo comunitario y existen planteamientos, metodologías y resultados muy diversos entre grupos, organizaciones e instituciones educativas, políticas o civiles. Por ejemplo, no es lo mismo hablar del *Proyecto de Atención a la Comunidad* que se realiza desde hace 106 años en el Hospital Central Universitario de Chihuahua y que es financiado por la propia universidad, que el proyecto Ecosistema Urbano y Salud de los habitantes de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México que se inició en el año 2000 y que es financiado por secretarías de Estado, Organismos no Gubernamentales, Canadá y la OPS.

Actualmente, en el contexto nacional, el tono del discurso ha cambiado y son los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de la Salud (OPS), instancias legitimadoras de

definiciones que se incorporan a las políticas nacionales de salud que llegan a influir las políticas educativas. Esta tendencia responde además al proceso de globalización que desborda las fronteras de los países que adoptan “lenguajes comunes” que difícilmente son apropiados por las comunidades excluidas de la educación, el trabajo, la salud, el desarrollo.

Algunos de estos términos, se refieren a resaltar la necesidad de que las comunidades participen en la construcción de su desarrollo, mediante el *empoderamiento*, *emprendimiento* y construcción de *redes sociales* que sean capaces de modificar los *entornos*, la calidad, los modos y el nivel de vida de los grupos, familias y comunidades. Es en cierta forma, tratar de convencer de que la responsabilidad de la vida depende directamente de los individuos y no de la forma como se organiza la sociedad desde el modelo político-económico administrado por el Estado y determinado por los intereses de las grandes corporaciones económicas articuladas en su política de globalización.

Como actividad promovida por el Estado, el trabajo comunitario que se inició a principios del siglo pasado como componente de la política social, ha modificado sus objetos de intervención; si antes era una preocupación la dispersión de la población, la alfabetización, el desarrollo agropecuario, la salud, la marginación, la constitución de los barrios y los asentamientos irregulares, por ejemplo; ahora los intereses se desplazan hacia identificar los sitios de inseguridad pública, venta de estupefacientes o núcleos de población en pobreza extrema, pero no para intervenir en beneficio de la población, sino para mantener el control.

El trabajo comunitario lo siguen realizando instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Secretaría de Salud y algunas otras dependencias del Estado y algunos organismos no gubernamentales, pero su desempeño ha dejado de formar parte sustantiva de los programas de financiamiento en política social autorizados por el Estado.

En cambio, para la UNAM, y en particular la FES Zaragoza, el trabajo comunitario mantiene las bases que le dieron origen y sustento, a pesar de que en el desarrollo de la actividad surjan diferencias y modificaciones. Hasta ahora, no se ha insistido lo suficiente sobre discutir si el trabajo de campo en salud comunitaria puede tener solamente la intención de constituirse en escenarios para aprender a investigar (en el sentido de facilitar el desarrollo del pensamiento complejo para resolver problemas en escenarios reales) para aprender a documentar (en el sentido de informarse con la mayor precisión posible y comunicar los hallazgos) y para aprender a ejercitar una práctica profesional (en el sentido de extender los beneficios del conocimiento a la sociedad desde una mirada ética y estética) o si, además, puede constituirse en una verdadera alternativa para promover el desarrollo social de las comunidades que atiende y, con ello, reiterar la vigencia de los principios y tareas sustantivas de la UNAM: la preocupación porque la universidad se constituya en comunidad de aprendizaje para investigar, educar, atender y servir a la sociedad.

4.2. Salud comunitaria como política en salud

4.2.1. Contexto nacional: derecho a la salud

Cuando se encontraba en proceso de creación la FES Z (1975-76) se discutía tanto en ambientes académicos como políticos, cuál sería el destino del Estado *benefactor* que había caracterizado a los distintos gobiernos posrevolucionarios y que en las últimas décadas venía declinando en sus políticas sociales ante una sociedad que cada vez más, mostraba las grandes desigualdades sociales.

Algunos de los temas que se debatían en las aulas universitarias eran: el alto crecimiento de la población urbana, así como su concentración y centralización en la Ciudad de México, la tendencia constante respecto de la desaceleración de la economía, el fracaso social de la política corporativista, el creciente endeudamiento externo, la devaluación de nuestra moneda frente al dólar, la

atomización de la economía en algunos sectores y la influencia de las empresas transnacionales en el manejo de sectores estratégicos para el desarrollo del país, la dependencia científico tecnológica, la producción y comercio monoexportador, la agresiva política social exigida a México por los organismos financieros extranjeros para otorgarle nuevos préstamos.

La conjunción de estos problemas contribuyeron a lo que en la década de los años 70 se daba en denominar la "crisis estructural" del modelo económico y social del país (desarrollista-industrial), que en términos sociales se expresaba en el aumento de la población marginal, pero también, en el auge de los movimientos urbano-populares, en los ajustes (disminución) del gasto público destinado a atender demandas sociales (empleo, educación, salud, servicios públicos, alimentación, recreación) y por lo tanto, a contraer el mercado laboral, los salarios y el acceso a los servicios de salud, vivienda, educación, alimentación.

Estos factores se constituyeron a la vez, en determinantes del empobrecimiento de la población y en la merma de sus condiciones de existencia con repercusiones inmediatas sobre la calidad de vida y el proceso salud-enfermedad de grandes sectores de la población. Asimismo, las instituciones del estado para atender las demandas de la sociedad se debilitaron y empezaron a disminuir y condicionar los apoyos, hasta que en la siguiente década el destino de la mayoría de estas instituciones fue desaparecer.

En esta década, también se produjo una severa y luminosa crítica al modelo médico hegemónico científico y se elaboraron propuestas de abordaje sobre la salud-enfermedad desde diferentes perspectivas: profesionistas y académicos de sociología, antropología, salud pública, derecho, biología y psicología, fueron acrecentando la discusión en grupo y ofrecieron modelos de interpretación alternativos.

Algunos trabajos se apoyaban en postulados marxistas, otros preferían exponer las ventajas de las teorías funcionalistas o estructuralistas, y los menos, empezaban a revisar a teóricos europeos como Foucault, Deleuze, Guattari, Capra, entre otros.) Nuevos discursos aparecían donde las nociones centrales eran novedosas, por ejemplo: *salud colectiva, medicina enferma, antropología de la pobreza, proceso de trabajo y desgaste obrero, salud y clases sociales, enfermedades de la pobreza, determinantes sociales de la salud-enfermedad.*

En conjunto, estas propuestas constituyeron un vasto campo de análisis cualitativo para apoyar la investigación empírica en salud colectiva. Entre los autores más reconocidos en México, estaban: René Dubos (1975), Jaime Breilh (1975), Asa C. Laurell (1975), Catalina Eibenschutz (1978), G. Berlinger (1977), P. Crevena (1978), Fernando Basaglia (1978), Celis y Nava (1975), Francisco Gomezjara (1979), Vicente Navarro (1978), López Acuña (1979), M. Timio (1976), Hugo Mercer (1976) y J.C. García (1972). Por otro lado, se encontraban autores que daban cuenta de sus trabajos de campo en salud o de sus reflexiones filosóficas sobre la educación médica que contribuían a enriquecer el panorama intelectual de esta década, entre ellos figuraban: Franco Basaglia (1978), Fernand Delarue (1977), Michel Foucault (1978), Iván Illich (1978), Canguilhem (1980), José Carlos Escudero (1976), Aguirre Beltrán (1980).

A este ambiente de fructífero debate se incorporaron los temas de bioética Potter, (1970) y de ética médica M. Velazco, (1975) y unos cuantos años después, tuvieron lugar otras reflexiones igualmente sustanciosas que divulgaron, entre otros, M. Capote (1980) y George Gadamer (1993), que se plantean los problemas de la sobrevivencia humana frente a la ciencia y la tecnología, la formación ética de los profesionistas en salud, el carácter mercantil de la medicina, el individualismo y la deshumanización de la relación médico-paciente.

El análisis de sus obras contribuyó a formular nuevos planteamientos sobre la conceptualización del proceso salud-enfermedad, el saber y la práctica médica, la

investigación en salud y la aplicación de tecnologías sobre el cuerpo. La salud-enfermedad se podía entender entonces como un proceso biológico y social de una gran complejidad en cuanto a sus determinaciones, manifestaciones y respuestas sociales, individuales y colectivas, emergentes e instituidas, legitimadas y no legitimadas.

El Estado Mexicano también realizó trabajos importantes. Los más relevantes, sin duda, fueron las investigaciones: *Mínimos de Bienestar* (1979) y *Necesidades Esenciales de México* (1980) que reportó en cinco tomos los resultados obtenidos sobre alimentación, educación, salud, vivienda y situación de marginación en el país. Estas investigaciones estuvieron a cargo de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas (Coplamar) creado en 1977.

Instituciones como la Secretaría de la Presidencia, la Secretaría de Programación y Presupuesto y la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia realizaron estudios, estadísticas y proyecciones sobre población, salud-enfermedad, servicios, recursos, atención médica que ponían de manifiesto el grave rezago en el que se encontraban grandes sectores de la población al no tener acceso a la seguridad social.

En 1974, las autoridades del sector salud dan a conocer el primer Plan Nacional de Salud y se vuelve a insistir en la importancia de satisfacer la cobertura de atención médica de primer contacto, definir parámetros de alimentación básica y contribuir al mejoramiento del saneamiento ambiental. En 1977 el Instituto Mexicano del Seguro Social y Coplamar firman un convenio de colaboración para establecer como prioridad: la ampliación de la cobertura de atención y de los servicios médicos a través del modelo de atención primaria de salud y la participación de médicos comunitarios que se instalarían en todos los municipios del país que contaran con una población de 2500 habitantes o más.

Al mismo tiempo, emerge rejuvenecida la tradición sanitarista en México y se reformulan los principios de la salud pública, de la epidemiología, de la medicina preventiva, de la medicina social, entre otros campos del saber que fortalecen las decisiones políticas en salud. Como parte de una política de gobierno, se promovió la actividad legislativa para incorporar el asunto de la salud como un derecho ciudadano.

Por otra parte, en el ámbito internacional se vuelve a introducir el tema de la cooperación internacional para alentar el modelo de Atención Primaria de Salud basado en tres componentes esenciales: primero, garantizar la organización de la comunidad para promover la educación, el fomento y la promoción de la salud de acuerdo a sus valores culturales y los recursos propios. En segundo lugar, se proponía la reorientación de la educación médica hacia la formación de recursos humanos con capacidad para integrar actividades de docencia, investigación y atención de los principales problemas de salud de grupos y comunidades. Por último, se proponía que los estados nacionales apoyaran los planes y programas de salud con enfoque en atención primaria de salud y participación comunitaria.

El derecho a la salud. En México corresponde al Estado la tutela de este derecho ya que el derecho a la salud forma parte de las garantías individuales. La naturaleza y alcance de este derecho se encuentra contenido, a partir de 1983, en el tercer párrafo del artículo 4º Constitucional. En el mismo precepto se señala la necesidad de establecer las leyes respectivas para definir las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud para toda la población. El párrafo aludido señala:

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

Este derecho a la salud forma parte de los criterios económicos, sociales y culturales de los derechos humanos internacionalmente reconocidos y aceptados por la mayor parte de los países, pues se parte de considerar que la expresión objetiva de estos derechos se traduce en las formas concretas de existencia de los individuos: su nivel y calidad de vida.

En la actualidad, se han elaborado distintos parámetros para evaluar las *condiciones de vida* y la *calidad de vida* de los individuos y de las comunidades para dimensionar la capacidad y la voluntad política de un gobierno frente a su responsabilidad sobre la salud colectiva.

Ley General de Salud. En 1984 se aprobó la Ley General de Salud que fundamentó la necesidad de crear un Sistema Nacional de Salud de acuerdo a los siguientes criterios:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social.
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad.
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente.
- Promover un sistema nacional de recursos humanos para la salud.
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

Se propuso también la clasificación de los servicios en los siguientes:

- Servicios públicos para la población en general.
- Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social.

- Servicios sociales y privados de carácter convencional.
- Cualquier otro que establezca la autoridad sanitaria.

En el Título Cuarto de la citada Ley, se establecieron los fundamentos para impulsar la vinculación entre las instituciones prestadoras de servicios de atención médica y las instituciones formadoras de recursos humanos. El Título Séptimo trata de las disposiciones comunes sobre actividades de promoción de la salud y señala que ésta "...tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva... La promoción de la salud comprendería:

- Educación para la salud.
- Nutrición.
- Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- Salud ocupacional.
- Fomento sanitario (incluido en la ley, versión del año 2001).

En el artículo 112 se señala que la "educación para la salud" tiene por objeto:

- Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud; y
- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

En este contexto, la promoción y la educación para la salud pueden entenderse como un proceso de comunicación, capacitación y participación entre agentes promotores de salud y la población para motivar cambios, hábitos y conceptos relacionados con la preservación y atención de los problemas de salud desde la perspectiva de la detección de riesgos, prevención de daños y atención oportuna de los problemas de salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. En este documento se plantearon como principios de gobierno los siguientes:

- El humanismo (desarrollo pleno del ser humano y de las comunidades).
- La equidad (igualdad de las personas ante la ley y las oportunidades para su desarrollo).
- El cambio (participación social corresponsable y democrática).

En el texto se define el derecho a la salud como un derecho social y se promueve como un bien, un valor social relacionado con la equidad y la justicia. Supone que los seres humanos poseen los mismos derechos entre sí porque a todos les es común la condición humana. El Poder Ejecutivo reitera su compromiso por "mejorar la calidad de vida de los mexicanos y mexicanas" a través de promover la salud como condición indispensable para igualar en oportunidades y capacidades a todas las personas, de tal modo que las políticas en salud (*políticas saludables*) contribuyan a fortalecer el sistema de salud y el proceso de ciudadanía y democracia nacional.

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006: la democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. En correspondencia, el PNS asume como *retos* del sistema de salud: lograr la *equidad*, la *calidad de la atención* y asegurar la *protección financiera*. Según el titular de la Secretaría de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, la misión del PNS deberá ser:

contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sostenible mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a los servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

Son 10 las estrategias que define y a cada una le corresponden líneas de acción y programas específicos:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social

- 1.1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud a través del Programa de Acción de Comunidades Saludables mediante una política de promoción de la salud.
- 1.2. Promover la educación saludable a través del Programa de Acción en Educación Saludable.
- 1.3. Promover la perspectiva de género en el sector salud a través del Programa Mujer y Salud.
- 1.4. Impulsar políticas fiscales saludables mediante políticas fiscales que promuevan la salud y políticas de salud con implicaciones fiscales.
- 1.5. Fortalecer la salud ambiental a través de programas de acción sobre riesgos ambientales específicos.
- 1.6. Mejorar la salud laboral a través de implantar una Política Estratégica de Integración del Trabajo a la Salud Nacional.

2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

- 2.1. Garantizar un arranque parejo en la vida que significa garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos, y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país.
- 2.2. Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas a través del Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas.
- 2.3. Controlar la tuberculosis mediante acciones de cobertura total de atención y tratamiento de enfermos.
- 2.4. Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo mediante el control de la morbilidad, las intervenciones regulares e intensivas, la participación de las comunidades afectadas, mejoramiento en los servicios y la capacitación técnica.

- 2.5. Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino, a través de la detección y tratamiento oportuno.
- 2.6. Atender otros problemas relacionados con el rezago, en este punto se intenta desplegar un conjunto de acciones para prevenir y atender problemas de cólera, oncocercosis, lepra, rabia, salud bucal, atención de desastres y planificación familiar.

3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

- 3.1. Disminuir la prevalencia de diabetes.
- 3.2. Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión.
- 3.3. Fortalecer la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica.
- 3.4. Promover el transplante de órganos como una alternativa accesible.
- 3.5. Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales.
- 3.6. Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas.
- 3.7. Atender los problemas de salud mental.
- 3.8. Atender las neoplasias malignas.
- 3.9. Prevenir y controlar las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA.
- 3.10. Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura.
- 3.11. Fortalecer la prevención y la rehabilitación de las discapacidades.

4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

- 4.1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud.
- 4.2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.
- 4.3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.
- 4.4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño.
- 4.5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.
- 4.6. Promover el uso de guías clínicas.
- 4.7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud.
- 4.8. Reforzar el arbitraje médico.

5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

- 5.1. Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular.
- 5.2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social.
- 5.3. Ordenar y regular el prepago privado.
- 5.4. Articular el marco de aseguramiento en salud.

6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

- 6.1. Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos.

- 6.2. Culminar la descentralización de la SSA.
- 6.3. Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del IMSS.
- 6.4. Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad.
- 6.5. Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud.
- 6.6. Municipalizar los servicios de salud.

7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

- 7.1. Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General.
- 7.2. Fortalecer la coordinación intra e intersectorial.
- 7.3. Promover la cooperación internacional.
- 7.4. Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos.
- 7.5. Proteger a la población contra riesgos sanitarios.
- 7.6. Fortalecer el Sistema Nacional de Información en Salud.
- 7.7. Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.
- 7.8. Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud.

8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud

- 8.1. Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario.
- 8.2. Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
- 8.3. Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato.
- 8.4. Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas.
- 8.5. Optimizar la capacidad instalada.
- 8.6. Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud.

9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

- 9.1. Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión.
- 9.2. Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención.
- 9.3. Garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil.
- 9.4. Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos.

10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

- 10.1. Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud.
- 10.2. Fortalecer la capacitación de los recursos humanos en salud.
- 10.3. Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud.
- 10.4. Fortalecer la investigación y desarrollo tecnológico en salud.
- 10.5. Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud.

- 10.6. Telemedicina: invertir en redes.
- 10.7. Utilizar los avances de la Internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica.

De estas diez estrategias y 66 líneas de acción se derivan a su vez 43 programas de acción, la mayoría de ellos (29) pertenecen a programas tradicionales de **atención primaria de salud**, aunque con nueva terminología. Así por ejemplo, se enuncian los programas de *comunidades saludables*, *educación saludable*, *arranque parejo en la vida*, que pueden ser equiparables a antiguos programas como: desarrollo de la comunidad, educación escolar, atención prenatal. Otros se mantienen con los mismos nombres como el de salud reproductiva, salud ambiental, salud mental. Algunos más son novedosos, como el programa para migrantes: *vefe sano y regresa sano*.

A mitad del año 2002 empezaron a circular algunos de los programas de acción a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud de la SSA, entre los que importa destacar el programa de *comunidades saludables* y el de *educación saludable*. Asimismo, el IMSS ha elaborado cinco programas sobre promoción de la salud para diferentes grupos de edad.

Tal parece que se renueva la discusión en torno a ampliar y favorecer nuevos mecanismos de organización para impulsar la educación para la salud y la participación de la población para promover cambios en el estado de salud, como las mejores alternativas para enfrentar los compromisos firmados por México desde 1976 en Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud y las recientes Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá 1986; Adelaida, Australia 1988; Sundsvall, Suecia 1991; Yakarta, Indonesia 1997 y Distrito Federal, México, 2000).

4.2.2. Contexto internacional: Alma Ata

La APS como política de atención a la salud de carácter internacional, resulta ser el elemento aglutinante a partir del cual se concibió originalmente el TCSC en la FES Zaragoza. Después de Alma Ata, cada país miembro de la OMS empezó a incorporar la atención primaria de salud a sus planes nacionales de desarrollo y programas del sector salud. México no fue la excepción, sobre todo, a partir de la gran tradición que representaba el trabajo comunitario de carácter educativo que había realizado el Estado con éxito en décadas anteriores y que no sólo pretendía la alfabetización, sino la atención de la salud y la formación de valores en los escolares (Moreno K., 1981).

Algunas instituciones del Estado mexicano también realizaron trabajos importantes. Los más relevantes sin duda fueron, las investigaciones: *Mínimos de Bienestar* (1979) y *Necesidades Esenciales de México* que publicó en cinco tomos el sello editorial *Fondo de Cultura Económica* en 1980. Estas investigaciones estuvieron a cargo de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas (Coplamar) creado en 1977. Instituciones como la Secretaría de la Presidencia, la Secretaría de Programación y Presupuesto y la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia realizaron estudios, estadísticas y proyecciones sobre población, salud-enfermedad, servicios, recursos, etcétera, que ponían de manifiesto el interés que se concedía al tema de la atención médica colectiva.

Incluso, en 1974 las autoridades del sector dan a conocer el Plan Nacional de Salud y se vuelve a insistir, como se venía haciendo desde el Primer Congreso de Higiene Rural realizado a fines del Siglo XIX, en la importancia de satisfacer la cobertura de atención médica de primer contacto para toda la población, definir parámetros de alimentación básica y contribuir al mejoramiento del saneamiento ambiental. En 1977 el Instituto Mexicano del Seguro Social y Coplamar firman un convenio de colaboración para establecer como prioridad la ampliación de la

cobertura de atención y de los servicios médicos a través del modelo de atención primaria de salud.

Los organismos internacionales deciden alentar la cooperación técnica y financiera para lograr el consenso de todos los países a favor de adoptar el modelo de atención primaria de salud basado en tres componentes esenciales:

- Primero, garantizar la organización de la comunidad para promover la educación, el fomento y la promoción de la salud de acuerdo a sus valores culturales y los recursos propios.
- En segundo lugar, se proponía la reorientación de la educación médica hacia la formación de recursos humanos con capacidad para integrar actividades de docencia, investigación y atención de los principales problemas de salud de grupos y comunidades.
- Por último, se proponía que los estados nacionales apoyaran los planes y programas de salud con enfoque en atención primaria de salud y participación comunitaria.

En la Conferencia Internacional de Alma Ata (OPS/OMS,1980) los estados miembros de la OMS firman el acuerdo y aceptan el compromiso de movilizar los recursos de la sociedad y motivar la participación comunitaria para fortalecer programas de prevención y fomento de la salud y de ampliación de cobertura en atención médica.

En dicha conferencia se adopta la definición de salud que aún hoy es vigente:

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, además del de la salud.

En la misma acta declaratoria se define la atención primaria de salud como:

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Llegar a la formulación y consenso de estas dos declaraciones fue posible después de haber realizado 7 reuniones regionales e internacionales previas a Alma Ata entre 1977 y 1978. A la Conferencia Cumbre asistieron representantes de 134 gobiernos y de 67 organizaciones de las Naciones Unidas. El pleno decidió proponer como principal objetivo y lema de la reunión, alcanzar *Salud para Todos en el año 2000* y resolver los enormes rezagos de salud en el mundo. Las recomendaciones generales que se hicieron en Alma Ata pueden resumirse en las siguientes:

- Que los gobiernos estimulen y aseguren la participación de la comunidad para que ésta se haga responsable de su salud y bienestar.
- Que los gobiernos intensifiquen el apoyo financiero y administrativo a los programas de atención primaria de salud.
- Que se fortalezca el trabajo intersectorial a favor de la APS.
- Que la APS incluya, al menos, las siguientes actividades: enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una

nutrición apropiada, abastecimiento de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento adecuado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental; y el suministro de medicamentos esenciales.

- Que se definan las necesidades y formas de resolver los problemas con la participación de la comunidad y los expertos sanitarios, de tal modo que se integren programas equilibrados y “monovalentes” de APS.
- Que se nombren equipos responsables de APS en zonas determinadas y que se mantengan niveles de apoyo, ayuda logística y suministros entre éstos y otras estructuras del sistema de salud.
- Que se otorgue prioridad a la atención de mujeres, niños, trabajadores muy expuestos y aquellos *sectores desfavorecidos de la sociedad*.
- Que se definan las funciones técnicas, las competencias y las actitudes que deben asumir los trabajadores de APS, sobre todo cuando se formen equipos con miembros de la comunidad, enfermeras, médicos, parteras o cualquier otro agente de salud.
- Que se capacite al personal de salud, desde su formación profesional, y a los miembros de la comunidad en APS. “Que se exhorte a los médicos y a otras categorías de profesionales de la salud a que trabajen en zonas desatendidas; y que presten la debida atención a la enseñanza permanente, a la supervisión del apoyo, a la preparación de los profesores de personal de salud y al adiestramiento sanitario de personal de otros sectores”. (OPS, p.31)
- Que los gobiernos otorguen incentivos para que personal de APS atienda zonas desprotegidas.
- Que se adopte tecnología apropiada para la salud de acuerdo a la cultura de cada comunidad.
- Que se establezcan sistemas de financiamiento, administración, investigación, gestión y evaluación de programas.
- Que se establezca cooperación técnica y apoyo internacional para la APS.

La crisis del modelo médico dominante fue mundialmente reconocida en Alma Ata, desde entonces, se fijaron políticas globales para la redefinición de estrategias de atención a la salud de la población. Una de estas estrategias fue el encargo que se hizo a las instituciones de educación superior para formar médicos que tuvieran una visión sociopolítica y cultural que promoviera la atención primaria de salud, la educación y el fomento de la salud como componentes de la atención médica.

La meta mundial *Salud para todos en el año 2000* no se cumplió. Al contrario, el flagelo de la pobreza extendió sus efectos sobre la calidad de vida de las mayorías, y aún cuando mejoraron en la mayoría de los países las expectativas de aumento en la esperanza de vida, prevalecieron los cuadros de alta mortalidad tradicionales (enfermedades transmisibles e infecciosas, mortandad por causas perinatales; resurgió el cólera, la lepra, la tuberculosis, por ejemplo) padecimientos a los que se empalmó un conjunto de enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, por ejemplo) que definieron un panorama epidemiológico complejo que dejaba ver los efectos de la política neoliberal sobre las distintas clases sociales.

4.2.3. Promoción de la salud: salud pública

Este concepto ha sido uno de los elementos importantes para la definición, organización, desarrollo y evaluación del TCSC que se desarrolla en la FES Z y forma parte de las políticas públicas en salud que México ha adoptado desde hace más de un siglo.

La promoción de la salud es un concepto de gran tradición en el campo de la salud pública y a su formulación teórica actual le han antecedido muchas experiencias nacionales e internacionales. El concepto se puede rastrear hasta mediados del Siglo XIX cuando se consideraba la promoción de la salud, como actividad de información a la población sobre medidas de protección frente a las epidemias y

las formas de control que ejercía el sector salud sobre la vida cotidiana de la población.

Esta añeja tradición ya tenía antecedentes en la época del México Colonial. Desde entonces: "Los cabildos utilizaron los cuerpos de policía médica creados desde 1612 en la ciudad de México... como instrumentos fundamentales para llevar a cabo el control sanitario de las poblaciones" (Moreno C., 1982:19). En 1628 a través del Protomedicato se establecieron las primeras órdenes sobre sanidad pública. La iglesia también jugaba un importante papel en el cuidado de los enfermos (por lo menos hasta 1812 año en que se ordenó separar los hospitales del control del clero). Pero sin duda, el cuidado sobre la limpieza de la ciudad, especialmente de los mercados y el control de plagas corría por cuenta exclusiva del Estado.

Sobre estos aspectos se estableció en 1825 el Bando de Policía y Buen Gobierno; en 1829 se expidió uno de los primeros reglamentos de sanidad militar; en 1833 se fundó la Academia de Medicina cuyos miembros participaron en la elaboración del primer código sanitario y ese mismo año se creó el Consejo Superior de Salubridad. En 1837 se estableció el Reglamento de Hospitales Generales de la República Mexicana con el propósito de separar, investigar y atender a los enfermos contagiosos.

México participó activamente en las primeras cinco Conferencias Sanitarias Internacionales (París 1851 y 1859; Constantinopla 1866; Viena 1874 y Washington, DC 1881). Durante estos eventos, los representantes de cada país discutieron la relevancia de involucrar a la población en tareas de diagnóstico, prevención y control de enfermedades; por otro lado, se hizo patente la necesidad del apoyo internacional para compartir los adelantos técnicos y científicos que pudieran paliar el azote del contagio masivo de enfermedades infecciosas transmisibles. El cólera, la fiebre amarilla, la viruela, la tuberculosis; eran algunas de las epidemias de mayores repercusiones en la mortalidad general mundial.

La importancia de la información, educación para la salud y la promoción para favorecer la sanidad, se fue ampliando a partir del desarrollo de la llamada *medicina científica* que incluyó una reforma radical en la organización y la enseñanza del saber y de la práctica médica. Las teorías de Hipócrates, Galeno o Avicena fueron paulatinamente sustituidas por los textos y las propuestas de Foucroy, Lavoisier, Cruvelhier, Chomel, Laenec, principalmente. Estos personajes influyeron el modelo de enseñanza francés que daba especial atención a los problemas de la higiene personal y colectiva como elementos fundamentales de la salud pública.

La consideración de que era al Estado a quien le correspondía determinar las acciones y el financiamiento de la salud pública se dio por hecho hasta muy avanzado el Siglo XX. Incluso, a las primeras reuniones internacionales de salud acudían los presidentes de México y no los ministros de salud, y para el Estado no existía gran diferencia entre política en salud o caridad, beneficencia, asistencia social o sanidad pública. Sin embargo, México había logrado importante prestigio a nivel internacional, pues había logrado controlar algunas enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla que desde 1887 venía devastando poblaciones de diferentes regiones de México y países de América Latina.

El Siglo XX se distinguió por la capacidad que tuvieron los diferentes países para acordar normas y procedimientos que revolucionaron el campo de conocimiento de la salud pública. En 1902 por decisión de la I Convención Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas realizada en la Ciudad de Washington, se estableció la Oficina Sanitaria Internacional con el propósito de organizar y difundir conocimientos y estrategias para el control de las epidemias en Latinoamérica.

Cuatro Convenciones Sanitarias Internacionales posteriores se encargaron de discutir la estrategia de comunicación entre los países para evitar los contagios (Washington 1905; México 1907; Roma 1907; París 1927). En 1907 en la Ciudad

de México se acordó establecer la Oficina Sanitaria Panamericana (que en 1946 con la constitución de la Organización Mundial de la Salud –OMS–, se transforma en Organización Sanitaria Panamericana, OPS) y la Oficina Internacional de Salud Pública con sede en París.

Entre 1907 y 1947 se realizan nueve Conferencias Sanitarias Panamericanas (San José de Costa Rica 1910; Santiago de Chile 1911; Montevideo, Uruguay 1920; Habana, Cuba 1924; Lima, Perú 1927; Buenos Aires, Argentina 1934; Bogotá, Colombia 1938; Río de Janeiro, Brasil 1942; Caracas, Venezuela, 1947).

En esta última conferencia, la OPS se estructuró en cuatro organismos: Conferencia Sanitaria Panamericana, Consejo Directivo, Comité Ejecutivo y la Oficina Sanitaria Panamericana. En septiembre de ese año (1947) la OPS firma su acta constitutiva, antes que la OMS hiciera lo propio. Es muy importante hacer notar que en esta ocasión se plantearon como temas centrales de la conferencia, el de la medicina preventiva, la atención médica y la asistencia social para toda la población de la región.

Para los países latinoamericanos, la década 1940-1950 representa un tiempo de unidad y de definición de objetivos comunes. Propuestas de trabajo y logros importantes en salud pública se habían hecho manifiestos entre 1936 y 1940 durante la III y IV Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad; eventos en los que los ministros de salud de la región proponían desarrollar sistemas locales de salud e impulsar la enseñanza de la medicina preventiva en todas las escuelas de medicina del continente.

Otras propuestas importantes surgieron de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Santo Domingo, República Dominicana 1950). Para los representantes latinoamericanos resultaba urgente organizar y ampliar el campo de la actividad médica en programas innovadores y de mayor impacto social. De este modo se acordó impulsar programas de salud pública, fomento de la salud,

saneamiento ambiental, control de enfermedades transmisibles y educación y adiestramiento en salud. Los miembros de la OPS sugirieron ampliar el número de escuelas de medicina de la región y fortalecer la educación médica con orientación en salud pública.

Por primera vez se escuchó el acuerdo unánime por trabajar para la erradicación de las enfermedades transmisibles, por impulsar la investigación interdisciplinaria en salud, por organizar los servicios de educación y de salud desde una perspectiva integral, crear programas especiales en administración de instituciones de salud y desarrollar programas específicos para atender poblaciones específicas (salud mental, alcoholismo y salud materno-infantil, fueron los primeros programas propuestos).

Con el apoyo de la OPS se creó el *Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá* (INCAP), el *Centro Panamericano de Fiebre Aftosa* en Guatemala (PANAFTOSA) y el *Centro Panamericano de Zoonosis* en Buenos Aires, Argentina. Ese mismo año se realizó la XIV Conferencia y los ministros se expresan en términos de “combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes del continente” (OPS, *Boletín* No. 113: 404).

Este fue sin duda, el inicio de un nuevo discurso médico a la luz del progreso económico que se dejaba sentir en la mayoría de los países latinoamericanos y que en mucho estaba influenciado por la política norteamericana del *buen vecino* que fue ampliamente apoyada por las principales fundaciones de ese país. Fluía el financiamiento, la asistencia técnica y las inversiones; era el tiempo de la llamada *Guerra Fría* que también promovía colocar y fijar por diversos medios, los intereses políticos, comerciales e ideológicos de EUA que iban permeando las estructuras sociales de Latinoamérica. Uno de los procesos de penetración más determinante provino de la política de transnacionalización de la economía norteamericana en sectores estratégicos de desarrollo.

En este contexto, las *Fundaciones Rockefeller y WK Kellogg's*, así como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), tuvieron gran influencia en proyectos de investigación de campo en diversas comunidades de América Latina bajo la estrategia del *desarrollo de la comunidad o el desarrollo comunitario* que suponía el mejoramiento de la salud. Las inversiones también se hicieron para apoyar la creación de sistemas nacionales de salud, para fomentar la cooperación técnica, el intercambio de especialistas y de tecnología. Esta fue una época que se conoció con el nombre de *panamericanismo en la salud*.

En 1958 durante la *XV Conferencia Sanitaria Panamericana* se nombró al primer director latinoamericano para presidir la OPS, al Dr. Abraham Horwitz originario de Chile. En su discurso planteó por primera vez la relación entre las condiciones de vida con la salud, dijo:

Hoy el gran reto para la salud pública está en el ambiente social de la mayoría de los países en desarrollo, donde un gran número de personas apenas si logra existir: su trabajo es improductivo; sus alimentos siempre escasos; su vivienda inadecuada; su expectativa de vida corta; y su salud física, mental y social deficiente y precaria.

Era muy evidente que el uso masivo de antibióticos, las campañas de vacunación y la nueva farmacia habían logrado importantes avances sobre la mortalidad general; la ingeniería ambiental había hecho contribuciones muy importantes al saneamiento básico; los hospitales y los recursos en salud se habían ido multiplicando; la tecnología médica contribuía a atender con mayor eficacia los problemas de diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas; no obstante, iban en aumento la desnutrición, la mortalidad infantil y la materna, la discapacidad por accidentes de trabajo, entre otros problemas. Ello provocaba que disminuyera el entusiasmo y que se volviera a traer a la mesa de discusión el asunto de la injusticia social, la explotación y la pobreza como los problemas que se constituían en los verdaderos determinantes del estado de salud de una población.

En 1960, durante la reunión de la Organización de Estados Americanos (OEA) se firmó el *Acta de Bogotá*, donde se establecía la necesidad de definir políticas y programas de salud (planificación en salud) y crear fondos especiales para programas de desarrollo social; asimismo, promover el desarrollo económico y social de los países. Nuevos conceptos a desarrollar fueron propuestos en la reunión: protección, promoción y restauración de la salud.

Un año después se reunió en Punta del Este (Uruguay) el Consejo Interamericano Económico y Social (CIES). Por segunda vez, los asuntos de la salud-enfermedad se trataban en foros distintos a las asambleas de ministros de salud. Ello significaba el peso que el problema de la pobreza iba ganando en las condiciones de vida de grandes sectores de población latinoamericana. Durante la reunión de Uruguay se firma el primer *Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (ALPRO)* y se establecen como metas importantes: aumentar en 5 años la esperanza de vida de la población latinoamericana y aumentar los programas de actividades que mejoren la salud individual y colectiva. Se sugirió el desarrollo de sistemas de información confiables sobre estadísticas vitales y de educación en salud para la población.

Reunidos en Washington en 1963 los ministros de salud de la OPS discutieron el problema de la salud pública desde una amplia perspectiva, que incluyó, temas sobre problemas técnicos, sociales, políticos, ideológicos, económicos, jurídicos y culturales. Se propuso entonces una noción de salud y bienestar que afirma:

la salud contribuye directamente al desarrollo económico y social ya que prolonga la vida y aumenta la productividad, o indirectamente puesto que facilita el aprovechamiento de los recursos naturales reduciendo o eliminando factores ambientales desfavorables.

En la *Declaración de los Presidentes de América en Punta del Este (1967)* se acordó un *Plan de Acción* en el que se consideró trabajar colectivamente por la salud en tanto que ésta debe ser analizada como un factor para el desarrollo

económico y social. En este plan se introdujo la propuesta de articulación entre comunidades científicas, culturales y económicas. Al finalizar la reunión, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ofreció financiamiento para programas de saneamiento básico, malnutrición y educación.

La *Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas* (Buenos Aires, Argentina, 1968) propuso el estudio de la noción de *riesgo a la salud* con aplicación a estudios de salud individual y colectiva como un indicador de valor para detección de problemas y programar alternativas dirigidas a lograr el bienestar de una comunidad.

En 1970 se firma el *Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980*. En este documento se introdujeron las nociones de participación de la comunidad y extensión de los servicios de salud. La planificación de programas como elemento rector de las políticas en salud, se constituyó en medida indispensable para que los gobiernos recibieran asesoría y financiamiento de organismos internacionales. Elaborar programas nacionales de salud representaba un serio problema para los administradores de la salud, razón por la cual, tuvo que crearse en la estructura de la OPS una oficina especializada en planificación de programas y evaluación del impacto de las acciones en salud.

En 1970 y 1972 se realizaron dos eventos de gran trascendencia: la *Cumbre por la Tierra* y la *Conferencia de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente Humano* (Estocolmo, Suecia). Ahora se ponía en evidencia que el asunto del medio ambiente era sumamente complejo y rebasaba los estrechos límites que se discutían en Punta del Este. El saneamiento ambiental no sólo representaba abastecimiento de agua y servicio de alcantarillado. Ambiente humano, significaba la complejidad de formas y expresiones de la vida, significaba un mundo compartido y recursos naturales finitos.

Surgían ahora nuevas aportaciones científicas para el estudio del medio ambiente y desastres naturales. Estos nuevos conocimientos abrieron brecha a una nueva epidemiología y la salud ocupacional se introdujo también como objeto de estudio e intervención médica.

En 1973, la formación de recursos humanos en salud constituía una prioridad internacional, solamente la OPS destinaba el 40% de sus recursos a ese fin. Se pretendía la capacitación en enfermería, promoción de la salud, medicina preventiva en todos los niveles educativos y educación médica integral con enfoque a la solución de problemas a nivel profesional. Con este propósito la OPS contribuyó a establecer dos *Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud* (CLATES) uno en Río de Janeiro, Brasil y otro en la Ciudad de México; asimismo, la OPS estableció el programa de libros de texto para educación en salud, un programa para la adquisición de instrumentos para el diagnóstico médico y promovió la revista trimestral de *Educación Médica y Salud*, cuyos primeros números se habían editado en 1966, para que se convirtiera en un órgano de difusión en todo el continente.

Se impulsó un programa de investigación en biología, medicina y ciencias sociales. Durante los años setenta la promoción de la salud se definió como una actividad orientada a la protección de riesgos contra la salud a través de la educación en salud. No obstante el despliegue de esfuerzos, a mediados de la década 70* era cada vez más grande el problema del analfabetismo, la desnutrición, el acceso a los servicios de salud, el empleo, la pobreza, de tal modo que la salud, ese bien para algunos, influyó el ánimo para proponer en la Asamblea Mundial de la Salud (1977) el lema *Salud para todos*. Salud significó entonces, llevar una vida social y económicamente productiva, propósito que pretendía alcanzarse en el año 2000.

Con ese lema se acompañó la *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas* realizada en la Ciudad de Washington también en 1977, en dicha

reunión se adoptó como política de salud regional la *Atención Primaria de Salud* y la *Participación Comunitaria* como la principal estrategia de apoyo. Al año siguiente en la Ciudad de Alma Ata, URSS se realizó la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS)*, el lema sería *Salud para Todos en el año 2000*. También en 1978 se realizó en Grenada la *XX Conferencia Sanitaria Panamericana* comprometiéndolo a los países miembros a trabajar por la cobertura universal de la atención médica mediante la aplicación de la APS en servicios generales de salud. Se definió el cuidado de la salud como un problema social que debe involucrar el interés, trabajo y responsabilidad de los diferentes sectores de la población.

En 1980, la OPS difunde el documento titulado *Salud para Todos en el año 2000: Estrategias* y en 1982, el *Plan de Acción de Salud para Todos en el año 2000*. La meta quedó claramente estipulada: *Salud para todos en el año 2000* y se lograron sendos acuerdos en materia de cooperación técnica entre la OPS y los países subdesarrollados.

En boca de la *Teoría de los Sistemas* de Von Bertalanffy aplicada a las organizaciones y a la educación, influyó las nuevas políticas de salud; ahora era común escuchar las propuestas de redes y sistemas de servicios en salud, sistemas de información, de administración y gestión, retroalimentación, multidisciplinaria, interdisciplinaria, vigilancia epidemiológica, entre otros.

Educación para la salud y participación de la comunidad se constituyeron en las dos principales estrategias de impulso de la APS para alcanzar la meta. Por otra parte, se definieron las prioridades de atención y se estipularon los siguientes programas generales:

- Salud de la familia que integraba las políticas de atención materno-infantil, nutrición, salud mental, salud dental y educación de la familia.

- Control de enfermedades transmisibles que incluyó campañas de vacunación, vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, lepra, malaria, enfermedades de transmisión sexual y salud animal.
- Control de enfermedades no transmisibles con programas para prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas y cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades reumáticas, prevención de la ceguera y de accidentes de tránsito.
- Salud ambiental que incluyó programas de abastecimiento de agua y saneamiento básico, eliminación de desechos sólidos y control de la contaminación. En este rubro también se incluyeron programas de salud ocupacional y de control de radiaciones.
- Recursos humanos e investigación con programas de capacitación, educación continua, programas integrados de investigación, enseñanza y servicio y programas de educación a la comunidad.
- Administración para el diseño y desarrollo de sistemas de planificación, programación, seguimiento y evaluación de planes y programas de salud.

Para apoyar estas políticas, la OPS propuso denominar la década 1980-1990 como el *Decenio internacional de agua potable y saneamiento ambiental*. En 1982 la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana se planteó la atención a la salud como un derecho fundamental de la persona, también se insistió en la relación de la salud con el desarrollo social. En 1986 y 1990 durante la XXII y XXIII Conferencias Sanitarias Panamericanas se promovió desde los postulados de la llamada *administración estratégica* diseñar planes de salud con visión programática.

Se introduce un nuevo discurso que llama la atención sobre problemas éticos. En esta nueva plataforma de ideas se definen como valores de una sociedad que influyen en la salud, los siguientes: la comprensión, la tolerancia y la justicia social en relación con la equidad, cobertura universal, compromiso, participación y eficiencia en el desarrollo y logro de los programas de salud.

Durante la década 1990-2000 se discutió si a ésta debería llamársele la *segunda década perdida* (la primera fue 1980-1990) pues el deterioro en las condiciones de vida y de salud de la población mundial alcanzaron niveles muy dolorosos, por decir lo menos.

Nuevas tentativas se propusieron: atención integral de la salud, descentralización de los servicios de salud, impulso a los sistemas locales de salud, integración de paquetes básicos de servicios de salud y de medicamentos esenciales, democratización de los sistemas de salud, administración del conocimiento (producción, recopilación, análisis y aplicación), comunicación social, reconocimiento al trabajo en salud que realizan cotidianamente las mujeres, atención del SIDA, el problema de la discapacidad, impulso al programa ampliado de inmunizaciones, programas especiales para adolescentes, adultos jóvenes y ancianos.

En la *XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana* (1990) se concibió a la promoción de la salud en los siguientes términos:

La promoción de la salud es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. Las nuevas nociones que se adoptaron fueron: ambientes, hábitos y estilos de vida nocivos/saludables.

En esta conferencia se adoptó el proyecto *Democracia y Salud* que consiste en llevar al plano político (a las legislaturas de los estados) la problemática y las alternativas de atención a la salud. En 1990 se realizó también la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*.

Para el caso de México en particular, podemos asegurar que durante el Siglo XX ha tenido una enorme influencia del modelo político-científico anglosajón norteamericano, pero también ha formado parte del grupo latinoamericano que ha

impulsado reformas importantes a los modelos de educación y atención de salud. En el ámbito de la promoción de la salud, destacan algunas fechas importantes por lo que conviene citarlas brevemente, ya que el Estado tuvo una participación sobresaliente.

- 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública.
- 1936 el gobierno del Presidente Cárdenas desarrolló el proyecto *Servicios Médicos Rurales Cooperativos*, mediante el cual, se impulsó la creación de 11 hospitales rurales zonales, 56 centros de salud con sanatorio, 36 centros de salud rural y 225 centros auxiliares rurales (Moreno C., 1982, p. 76).
- 1937 se establece la Secretaría de Asistencia y se instituye el servicio social para estudiantes de medicina.
- 1953 la Secretaría de Salubridad y Asistencia desarrolla el *Programa de Bienestar Social Rural* que incluía subprogramas de atención materno-infantil, asistencia social, promoción socioeconómica, educación, cultura y saneamiento ambiental.
- 1944 el Estado Mexicano promueve la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ante el descontento de los industriales y empresarios que pretendieron frenar su desarrollo. El Estado tomó decisiones importantes e incluso declaró como una acción de utilidad pública, la construcción de hospitales.
- 1954 el IMSS adoptó el *Programa de Medicina Familiar* y en 1960 este programa se definía como un proyecto de *medicina social* que se fundamentaba en principios ético-humanistas.

- 1973 se presenta el primer *Plan Nacional de Salud* en el que se establece como prioridad la formación de médicos comunitarios y se dispone la ampliación de modelos de servicio a la salud; se habla de crear puestos de atención médica y casas de salud en las fábricas, las escuelas y otros espacios públicos.
- 1979 el gobierno de José López Portillo promovió el proyecto IMSS-COPLAMAR con el propósito de establecer servicios de *solidaridad social* en zonas marginadas. Este era un proyecto que se había iniciado desde 1973 pero que no había sido concretado. En este intento se procuró realizar prácticas de trabajo comunitario enfocadas a preservar formas de vida económica y cultural de las comunidades indígenas y rurales.

La participación y decisión política del Estado Mexicano para la organización y administración de los servicios de salud fue sin duda alguna, determinante para definir y concretar estos programas. Pero a partir de 1980, la política en salud a nivel nacional se ha visto abandonada tanto en la producción como en la distribución de recursos físicos y humanos y la crisis actual parece haber llegado a un punto de ruptura que será de gran perjuicio para la población mayoritaria.

El desmantelamiento de la infraestructura de salud y de los servicios de asistencia social se ha precipitado desde el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), el ingreso de los jóvenes a estudios universitarios se complica cada vez más a pesar de haberse ensanchado las ofertas educativas, la pobreza en la que sobrevive más del 60% de la población nacional y otros problemas, como: el desempleo, el encarecimiento constante de los bienes y servicios, la ineficiencia de la burocracia institucional y la corrupción en todos los niveles, está modificando gravemente las condiciones de vida de las mayorías. Bajo esta perspectiva, el hecho de que la FES Z mantenga un proyecto de educación médica como el que vamos analizando, resulta asombroso.

A continuación, se describe el fundamento filosófico, científico y didáctico del Trabajo de Campo en Salud Comunitaria, así como los resultados que se obtuvieron de la experiencia en una comunidad de la Delegación Iztapalapa.

5. Trabajo de campo en salud comunitaria: Propuesta FES Z

5.1. Ubicación en plan de estudios

El trabajo de campo en salud comunitaria (TCSC) es una forma de trabajo académico propuesta en el plan de estudios de la carrera de médico cirujano (Plan de estudios, p.122) que se imparte en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM desde hace 27 años. Consiste en la realización de actividades teórico-prácticas en aula y campo relacionadas con el desarrollo de las funciones profesionales del estudiante de medicina. Por un lado, se asume como una tarea social para promover el desarrollo del entorno, y por otro, se propone como una estrategia para favorecer la formación y el desarrollo profesional de los estudiantes.

En esta actividad curricular, se entrelazan actividades de estudio, de investigación, de diagnóstico de problemas, de planeación y diseño para la formulación de tareas individuales y grupales, de creatividad para pensar los problemas de salud-enfermedad y traducirlos en mensajes de educación para la salud, de vigilancia epidemiológica, de sensibilización y concientización de problemas, de toma de decisiones para organizar recursos y socializar responsabilidades.

El TCSC se entiende como una actividad de gestión institucional y de organización cultural que se apoya en las relaciones intercomunitarias intra y extramuros; es una oportunidad para la actuación social de los estudiantes, con la carga moral y ética que ello implica, porque el alumno se enfrenta a tomar decisiones desde su propia experiencia, conocimiento, creatividad, autonomía; hecho que también tendrá efectos de formación intelectual y profesional en él.

En el TCSC se trata de hacer énfasis en el modo de aprender, más que en los contenidos del saber; se trata de trabajar sobre conocimientos que puedan ser útiles socialmente, por encima de los conocimientos que puedan ser sólo de

utilidad práctica para el que aprende; por lo tanto, el alumno debe capacitarse para registrar, organizar, sistematizar y expresar un acontecimiento social, una experiencia emocional, un hallazgo cultural o un dato empírico que le infunda la motivación para estudiar y ejercer su capacidad de análisis, para elaborar un esquema de interpretación, para pensar en soluciones distintas a las que una comunidad está habituada y que el mismo alumno ignoraba que podían existir.

En el TCSC la universidad se extiende, se prolonga en su esfuerzo educativo y de servicio a su sociedad y en esta tarea cotidiana los alumnos aprenden a ser *seres universitarios*, universales. Por lo tanto, sería insuficiente definirlo sólo como una técnica de investigación directa para el acopio de información sociodemográfica y de salud, o como una técnica de intervención en comunidad para aplicar programas de educación, promoción y fomento de la salud.

Algunos de los objetivos curriculares son:

- Conjugar la capacitación para el trabajo (instrucción científica) con la formación de la conciencia (educación humanista), procurando que el egresado, en cuanto profesionalista, promueva la realización de los más altos valores científicos y humanísticos de la medicina; y en cuanto ciudadano, se comprometa con las necesidades del desarrollo social.
- Formar al médico general para realizar funciones profesionales de servicio y preparatorias para docencia e investigación.
- Formar al médico general como profesional de primer contacto encargado de aplicar medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, orientadas al control de las enfermedades más frecuentes del país, que contribuyan a la preservación y restauración del estado de salud de individuos, familias y comunidades.
- Capacitar al alumno en la investigación social, médica y epidemiológica para aplicar el conocimiento de acuerdo a situaciones objetivas (aprender haciendo).

- Preparar al médico para coordinar tanto sus tareas dentro de equipos de salud multidisciplinarios como las acciones de estos equipos con las que realizan otros sectores para elevar el nivel general de bienestar de la población.

En el TCSC se dan cita las tres *Características Esenciales del Modelo de Enseñanza Modular*, que se destacan en una publicación de 1996 que lleva ese título y que redactaron profesores de diferentes carreras de la FES Z (Osorno C., et al.) En el texto se analizan los aspectos que sustentan el modelo educativo:

- Postura crítica ante el tipo de vínculo que establece la universidad con la sociedad. Significa el vínculo de la universidad con su entorno social a través de la docencia, investigación y prestación de servicios en sus Unidades Multiprofesionales de Atención Integral y mediante el trabajo de campo.
- Postura crítica ante la forma de ejercer la actividad docente en la universidad. Significa que el modelo educativo de la FES Z promueve la “enseñanza activo participativa”.
- Postura crítica ante la forma en que se fragmenta el conocimiento científico. Significa que en la FES Z se ha decidido trabajar bajo el principio de integrar conocimientos de la disciplinas humanas, biológicas y médicas que contribuyan a la solución de problemas de forma multidisciplinaria y multiprofesional.

El problema u objeto de estudio ocupa la atención principal y el equipo de trabajo realiza diferentes acercamientos a él desde perspectivas teórico-metodológicas distintas. En el TCSC no sólo se pretenden resolver problemas del conocimiento, sino que es más importante pensar en resolver los problemas de las personas y de las comunidades; no sólo se identifican datos, se relacionan o multiplican, se analizan y se ordenan para valorar su importancia con las personas de la comunidad. De nada serviría decir por ejemplo, que se define como problema el saneamiento del ambiente, si no participa la comunidad en la definición.

Con esta actividad, se pretende desarrollar la capacidad de los equipos de trabajo y de la comunidad para relacionar los fenómenos, dudar o confirmar teorías, hacer propuestas; lo más importante es avanzar hacia la construcción de nuevos problemas y conocimientos originales que contribuyan a acrecentar la capacidad de análisis y de cultura científico-técnica y humanista.

Asimismo, las actividades del TCSC ponen en evidencia que muchos aspectos de la realidad en cuanto objetos de estudio y de la realidad-vida cotidiana pueden transformarse al mismo tiempo que se les conoce y explican. El TCSC es, en esencia, una actividad educativa en el sentido más amplio del término: informa, instruye, capacita, forma y desarrolla habilidades y destrezas en los alumnos en aspectos que no podrían ser abordados mediante las formas convencionales de educación. De este modo, la institución es enriquecida con las aportaciones que se obtienen de la investigación de campo.

Para los docentes, el TCSC siempre resulta una experiencia nueva de conocimiento, porque las comunidades que se visitan tienen y contienen características particulares: una dinámica propia, a veces contingente, apegada a formas y estilos de vida de los habitantes que la constituyen, cuya dimensión de análisis exige la constante reflexión y actualización del conocimiento. Por otra parte, en el TCSC se producen múltiples relaciones sociales, encuentros y desencuentros entre los profesores, estudiantes y la comunidad; relaciones que determinan, necesariamente, una concepción filosófica para discutir, conciliar y formar opiniones de sí mismo y de los otros. De manera tal, que los profesores encuentran en cada comunidad, oportunidades nuevas para investigar y relacionarse con los habitantes.

5.2. Programas

El trabajo de campo en salud comunitaria (TCSC), el seminario de epidemiología y el seminario de sociomedicina son los tres componentes curriculares del área de epidemiología que se cursa los dos primeros años de la carrera de medicina.

Estas actividades se realizan una vez por semana, correspondiendo a cada grupo académico 9 horas de trabajo al día distribuidas como sigue: 2 hrs. del seminario de epidemiología, 5 hrs. del trabajo de campo y 2 hrs. más para el seminario de sociomedicina, que tiene como objetivo principal reflexionar y buscar la integración de la experiencia académica obtenida de la actividad comunitaria.

Los alumnos asisten al seminario de epidemiología de 7.00 a 9.00 a.m. donde se revisan aspectos teóricos del área a cargo del profesor titular de epidemiología. El TCSC es una actividad subsecuente (9.00 a 14.00 horas) en la que participan profesores con formación médica (un profesor titular y cinco profesores ayudantes, todos médicos) y un profesor con formación social y humanística por cada grupo escolar. Posterior al TCSC se realiza el seminario de sociomedicina (14.00 a 16.00 p.m.). Es una actividad fundamentalmente de reflexión e integración de conclusiones sobre las actividades previas. Este seminario es coordinado por el profesor titular de epidemiología y el profesor titular de humanidades.

AREA DE EPIDEMIOLOGÍA Componentes académicos y carga horaria

Componentes del área	Carga hrs/sem.	Horario/día	Espacio
Teoría en epidemiología	2 horas	7.00 a 9.00	Aula
TCSC	5horas	9.00 a 14.00	Comunidad
Seminario de sociomedicina	2horas	14.00 a 16.00	Aula

El plan de estudios no determina el número de programas académicos que deben existir, pero en la práctica suele ocurrir que para cada actividad existe un programa académico diseñado por cada profesor titular. Es decir, cada profesor

titular suele decidir qué programa orientará las actividades de cada año escolar, ya que no existe un programa oficial, y sí en cambio, una multitud de programas propuestos por los diferentes profesores titulares de epidemiología.

Ciertamente, no existe un programa obligatorio para todos los profesores que realizan actividades comunitarias, pero son fuertes las inercias del tiempo y se llevan las actividades en comunidad sin demasiados cambios desde hace 27 años. De 1976 a 1990 se elaboraron más de 30 propuestas de programas, cartas descriptivas, modelos de trabajo relacionados con el TCSC; documentos que, en su momento, evidenciaron el interés de los profesores de humanidades y de epidemiología por participar colegiadamente para el diseño de un programa único.

Estos programas contenían propuestas teórico metodológicas de diferentes campos de estudio relacionados con el análisis del proceso salud-enfermedad. Los enfoques de investigación propuestos siempre fueron diversos según la disciplina que se proponía como eje de articulación. Entre las más revisadas estaba la epidemiología social, la salud pública, la medicina social y la comunitaria, medicina preventiva, sociología médica, atención primaria de salud (APS), demografía, promoción y fomento de la salud.

Los contenidos temáticos siempre buscaron concordancia con el plan de estudios y con las discusiones teórico metodológicas producidas en el ambiente intelectual, educativo y de servicios de salud tanto en el nivel nacional como internacional. Desde 1990, se ha producido una merma importante en cuanto al trabajo académico colegiado mientras que han ganado terreno las acciones administrativas de control sobre las decisiones académicas. El último intento por constituir un programa para el TCSC ocurrió en el año 2000 cuando un grupo de profesores titulares de epidemiología se reunieron a trabajar y presentaron una propuesta para las actividades de seminario de epidemiología, trabajo de campo en salud comunitaria (que llamaron *medicina comunitaria*) y seminario de sociomedicina.

Un año después, se convocó a revisar el programa a los profesores de ciencias sociales y humanidades y a los profesores ayudantes de epidemiología. La asistencia se limitó a 6 profesores (3 de epidemiología y 3 de humanidades) de un total de 41 profesores que conforman la plantilla académica del área de epidemiología (34 de epidemiología y 7 de humanidades). En aquella reunión, que duró 5 días, no se pudieron concretar acuerdos de carácter colegiado. Seguimos trabajando como siempre, cada equipo de trabajo despliega su propio programa con la creatividad y libertad que considera necesaria en su trabajo. Y como ya lo hemos dicho en otra parte, esta libertad es bienhechora en tanto que las comunidades que visitamos son distintas y ello nos obliga a innovar constantemente los modelos de trabajo.

Aún cuando no están definidas las funciones profesionales que deben desarrollar los profesores en el TCSC, se mencionan a continuación las que pueden considerarse comunes entre los diferentes grupos académicos:

- Participar en las actividades de planeación académica (diseños de programas y modelos de intervención comunitaria).
- Seleccionar y exponer temas por sesión académica y proponer bibliografía.
- Proponer y organizar la discusión de lecturas entre los estudiantes.
- Promover la discusión y la elaboración de análisis y programas.
- Elaborar modelos de trabajo comunitario.
- Revisar y evaluar las guías, los reportes e informes finales.
- Participar con los alumnos para la elaboración de artículos, ensayos y otros documentos.
- Orientar a los alumnos para la elaboración de trabajos finales.
- Asignar las calificaciones correspondientes.
- Promover la actualización académica de los equipos de trabajo.
- Elaborar trabajos para su publicación.
- Gestionar apoyos externos.
- Participar en actividades de trabajo colegiado.

5.3. Principios metodológicos

- El trabajo de campo en salud comunitaria es una estrategia de enseñanza activa y una forma de organizar el conocimiento que atiende a la multidisciplinaria, interdisciplinaria, formación humanista, técnica y científica de la práctica médica, a la complejidad del pensamiento y a la perspectiva holística.
- El trabajo de campo en salud comunitaria es una actividad de investigación de carácter sociomédico, por lo tanto, los estudios de comunidad deberán considerar el contexto histórico, geográfico, social, económico y cultural que influye o determina el proceso salud-enfermedad en los individuos, familias y comunidades.
- El trabajo de campo en salud comunitaria es una actividad de extensión cultural y educativa que integra saberes y prácticas de la comunidad con saberes y prácticas del conocimiento médico aplicado a la salud colectiva.
- Es un proceso de comunicación, capacitación y participación entre agentes promotores de salud y la población para motivar cambios, hábitos y conceptos relacionados con la preservación y atención de los problemas de salud, desde la perspectiva de la educación, promoción y fomento de la salud mediante la detección de riesgos, prevención de daños, equidad y atención oportuna de los problemas de salud.
- Es indudable que ningún aspecto metodológico alcanza relevancia mientras no se tenga como punto de partida una visión sobre el conocimiento y sobre la vida. De nada sirve el engranaje y el andamiaje de la ciencia si carecemos de la pasión por conocer y si no tenemos formación sólida sobre los instrumentos que sirven para conocer. Cada sociedad explora el mundo con arreglo a sus propias expectativas, necesidades, definiciones, instrumentos.

Por lo tanto, entendemos la actividad metodológica como el procedimiento intelectual que permite concebir un modelo de explicación racional sobre un problema de la realidad, como el proceso que permite llegar a observar, comprender, explicar y transformar un problema de conocimiento en un asunto de la ciencia.

Arnaldo Córdoba (1988:14-15) sugiere que el método de la ciencia no puede entenderse como un "procedimiento" en términos de seguir un conjunto de pasos o reglas para llegar a un fin; sino que el método es un problema de concepción, vale decir, el acto mismo de pensar las cosas y de pensarse a sí mismos" y cita a Bourdieu: "el espíritu inventa el método, lo real impone las técnicas".

Podemos afirmar que el método de la ciencia está presente desde que el investigador estudiante, profesor, comunidad, define los parámetros de la observación y los criterios para la definición de un problema. En este sentido, coincidimos con el doctor Ruy Pérez Tamayo, que al hablar del quehacer de la ciencia ha dicho que existen cuatro funciones científicas tradicionales que deben ser consideradas con absoluto rigor, éstas son:

- Elevar el nivel de comprensión del mundo en que vivimos, definir y delimitar problemas.
- Generar modelos que expliquen la realidad.
- Construir teoría de consistencia lógica e interpretación clara.
- Construir elementos propios y diferenciados de otra ciencia.

En el mismo orden de ideas, Saxe Fernández (1978) ha dicho que toda investigación es una pesquisa, y toda investigación social es un acontecimiento político. Para este autor, existen ciertos elementos en el proceso de investigación social que la constituyen desde diferentes perspectivas. Entre estos elementos encontramos:

- En los problemas y en la realidad social, el investigador no sólo forma parte de ellos, sino además le trascienden en su compleja existencia relacional, es el viejo problema de la condición del hombre como sujeto y objeto de conocimiento.
- Toda investigación social es necesariamente parcial, sus resultados son temporales y provisorios.
- Los cambios sociales no pueden ni preverse en todas sus dimensiones, ni condiciones, ni resultados.
- Los objetos de estudio y el objetivo de las investigaciones sociales generalmente son definidos por las instituciones en las que se desempeña un investigador.
- En toda investigación social se expresa la valoración y la ética del investigador y de la institución que propone o financia un proyecto.

Por su parte, Luis Villoro (1994) expone que en el trabajo científico no existen conocimientos desinteresados; que se desea conocer para poder intervenir, construir, reconstruir, lo mismo objetos que pensamientos. A este interés responde la racionalidad de la *modernidad*: el saber como voluntad de dominio, acción transformadora, racionalidad explicativa y racionalidad instrumental. La ciencia moderna hegemónica busca la explicación formal (matemática) y la enunciación de leyes con contenido y expresión empírica.

Coincidimos con algunos estudiosos de las ciencias sociales, como Wright Mills, Deleuze, Wallerstein, González Casanova, entre otros, que afirman que el método de conocimiento se inicia desde la observación, y que toda teoría sólo representa una valiosa argumentación provisional e inicial de creencias y principios sustentados por el autor.

Observar, percibir, comparar, ordenar, explicar, difundir y discutir información sobre un acontecimiento, representan en el TCSC, los primeros elementos que constituyen y caracterizan la formación de un estudiante.

Debemos tener presente que los datos de un investigador son los datos de "alguien" y que desde la observación y selección del dato, hasta su interpretación y formas de intervención, se verán afectados por la *mirada* y el significado que posean para el investigador. Recuérdese que en las ciencias sociales uno de los principales obstáculos, es que los objetos de estudio al ser de la misma naturaleza que el sujeto que los estudia, estos objetos son intervenidos por el pensamiento, las intenciones y los significados que el sujeto que conoce ya posee y que se ponen en juego desde la experiencia toda y no sólo a partir de que tal objeto de conocimiento interese como experiencia del conocimiento.

Nuestra propuesta metodológica para TCSC coincide de manera esencial con los argumentos expuestos por Wright Mills (1975:43), quien después de reflexionar sobre el campo polémico de las ciencias sociales, propuso como metodología de investigación al procedimiento que, *grosso modo*, denomina *Artesanía Intelectual*. Esta propuesta considera los siguientes 4 puntos:

- **Organización de la información mediante la construcción de archivos** que le permitan al investigador: analizar el problema a la luz de la experiencia personal, habilitar al investigador en el oficio de escribir, seleccionar información por problemas de acuerdo a los elementos que le conforman, organizar teorías, diseñar planes y proyectos, registrar permanentemente observaciones, conocer las propias impresiones frente al problema y la posición moral, política o filosófica, relacionar problemas por semejanza y por oposición, reconocerse en su trabajo.
- **La comunicación y el debate entre colegas e interesados de otras disciplinas** que permitan la comunicación dialógica entre diferentes disciplinas y campos del saber. Mantener una posición abierta a la diferencia, la crítica, la duda o cualquier otra posición frente al debate.
- **La incorporación del trabajo a la vida** para ocuparse de tiempo completo a pensar y desarrollar ideas cuya aplicación sea diversa y para cualquier circunstancia.

- **Saber seleccionar un problema** y utilizar la investigación empírica sólo cuando existen dudas sobre los hechos que pretendemos explicar. Es necesario evitar, -dice Mills- que los investigadores sociales se dediquen a “estudios misceláneos de sobrantes académicos”.

Según Bruyn (1972:66) :

en el momento mismo en que el investigador se pregunta por qué un fenómeno ocurre de una manera determinada, se encuentra envuelto en los procesos de explicación. Una explicación de por qué ocurre cualquier acontecimiento parte de una base que incluye dos principios metafísicos contrastantes llamados teológico y causal. El primero se refiere a los propósitos, medios y fines del hombre; el segundo, a las causas y efectos que operan en su vida”.

De tal manera que el concepto de causalidad en ciencias naturales es transformado en ciencias sociales por el concepto de intención o propósito y situación determinada. Ciertamente, el lugar desde el cual nos proponemos conocer y elaborar un conocimiento no es un espacio neutro, al contrario, partimos del lugar en donde estamos colocados, desde donde observamos y discutimos lo que creemos interpretar por lo que sabemos y lo que queremos agregar por lo que vamos construyendo. Todo dato está siempre precedido de un saber. Un nuevo conocimiento en ciencias sociales representa una nueva teoría, y ese, es un verdadero problema para la sistematización del conocimiento de lo social cuando se trabaja en equipo y con una comunidad considerada como “no científica”.

En todo caso, se trata de buscar primero cómo organizar el razonamiento sobre la realidad, antes de pretender organizar la realidad. Se trata de construir límites a los universos de trabajo, diría Zemelman (1997) para trabajar un objeto como constelación de objetos. En este tenor, el maestro González Casanova (1997:29) propone “crear una nueva cultura interdisciplinaria vinculada a los paradigmas, teorías, metodologías y lenguajes de los sistemas complejos”. Menciona que el complejo intelectual del fin del siglo XX, tiene entre sus características, la amplitud

de ligaduras entre los conceptos y las realidades que pretenden explicar, desde la génesis de los problemas que se trazan en la ingeniería de la *flecha del tiempo* como la herencia de volver atrás sin regresar nunca, hasta la elaboración de competencias discursivas donde se clonan conceptos y significados entre las ciencias y las humanidades.

Esta propuesta nos lleva a considerar la investigación de los datos como procesos y no como resultados, como situaciones en permanente posibilidad de no-equilibrio, y que por su constante estado de devenir, sólo tienen identidad temporal con fenómenos semejantes, aun cuando gracias al discurso de la ciencia los datos logran traducciones más o menos permanentes.

5.3.1. La observación

Dennis Gabor, Premio Nobel de Física en 1979, declaraba en una entrevista televisada: “nuestra civilización está basada sobre una extraordinariamente exitosa tecnología material y espiritualmente sobre absolutamente nada” y agregó: “es necesario destacar el importante papel de la contemplación en el acto de conocer”. Argumentaba que la contemplación puede contribuir a generar observaciones interesantes que nos lleven a conocer y entender la génesis de los problemas, y no sólo las consecuencias o sus efectos. Criticaba el haber pasado de la contemplación como acto vital, a la explicación como acto de la razón, para encontrarnos ahora en la pura vivencia (virtual experiencia) como actitud delegada al desarrollo informático cibernético.

Asumiendo que la ciencia es siempre un modelo y un discurso, producto de la racionalidad humana, y que éstos dependen de lo que queremos conocer, bajo qué intereses lo hacemos y en qué condiciones ocurre; es que en el TCSC intentamos que los alumnos desplieguen su capacidad de percibir y de definir problemas de conocimiento dependiendo, inicialmente, del horizonte cultural desde el cual puedan decir algo sobre un problema social.

Después vendrán comparaciones, el análisis teórico y los ajustes conceptuales. Esta metodología coincide también con una de las tesis principales de Fernández Ríos (1994:27) que sostiene que la intervención en comunidad obliga a la construcción social de los problemas, donde unos y otros (la población y los investigadores) acotan los juicios y críticas sobre lo que a unos y otros realmente importa. Por ello, aconseja no someter “todo a un formalismo lógico, al triunfo de la racionalidad objetiva, a la sumisión del pensamiento (y de la razón) a los datos inmediatos” ya que tal actitud puede llevarnos “a la desilusión y al fracaso”.

Aprender a construir problemas desde la observación, consiste en aprender a identificar experiencias significativas para los individuos y grupos, organizar y aplicar elementos de análisis que estructuren relaciones explicativas sobre el origen y desarrollo de problemas y ofrecer argumentos razonables para comprenderlos, primero desde la experiencia común y, luego, desde las diferentes teorías.

Efectivamente, en el TCSC llegamos a estar implicadas las personas como sujetos y objetos de conocimiento reciprocamente; somos unidad de relaciones complejas entre las que destaca el juicio moral y ético sobre la concepción de sí mismo frente al otro, de ida y vuelta, sin más acuerdo previo que preservar el sentido de la dignidad y de la libertad. Es una forma de atender a la necesidad de autoconocimiento, seguridad y control de las relaciones humanas (culturales) reflexionando valorativamente y elaborando explicaciones desde la posición personal y profesional del investigador y desde la circunstancia histórica y social de la cual forma parte, y no solamente desde su condición personal, individual. Por ello, toda explicación puede entenderse como un ensayo sobre la existencia humana.

Escalante Gonzalbo (1999) propone como una vía de conocimiento para las ciencias sociales, y para la sociología en particular, replantearse las actividades de observación, diseño y estudio de *configuraciones*. El autor define el concepto

configuración como pauta o modelo social por el que los individuos interactúan; es una convención en la que existen normas, jerarquías y asignaciones de posiciones entre los individuos que hacen funcionar cierto tipo de vínculos, relaciones y modos de tratarse. Estas formas de interacción poseen regularidades, y en consecuencia, pautas reconocibles que le distinguen a sí mismo y frente a otras configuraciones (escuela, familia, etc).

Para otros autores como Deleuze y Guattari (1996:7), con quienes es más fácil coincidir, señalan que el principal problema metodológico para las ciencias sociales radica en la concepción de que nada en la sociedad funciona con la suficiente estabilidad o regularidad como para aceptar modelos, por lo que proponen la noción de *rizoma* para referirse a la multiplicidad de lo que cada individuo puede representar. Dicen estos autores: "cada uno de nosotros es varios". Señalan que en la construcción de lo social, siempre existe la oportunidad para la emergencia de lo posible, pues todo conocimiento es aproximación, cálculo, tratamiento.

Por otro lado se preguntan ¿qué es un problema?, ¿es un dato?, ¿una relación de datos?, ¿un acontecimiento?, ¿una relación de acontecimientos?, ¿un hecho?, ¿una relación de hechos?, ¿un objeto de conocimiento?; cuando yo digo "el problema es...", ¿para quién es el problema?, ¿cuándo empieza un problema?, ¿quién puede delimitar un problema?. Frente a todas estas dificultades, los autores afirman "la inexactitud no es de ningún modo una aproximación, sino que, al contrario, es el paso exacto de lo que se hace", (p. 33)

En la propuesta de estudiar la realidad o sus problemas desde la perspectiva del *rizoma*, los autores argumentan que nunca podremos saberlo todo. Ponen como ejemplo que las ciencias naturales pueden hablar de un árbol, su nombre, su clasificación botánica, su estructura, clase, predecir su talla, su talle, ramaje y frutos, su esperanza de vida, etc., no obstante, siempre existirá lo posible: que lo corten, lo injerten, lo queme un rayo, etc. Incluso, es posible que la raíz principal lo

aborte y entonces ocupen su lugar las raíces secundarias, y que de lo predecible quede muy poco o nada. Con relación a los fenómenos sociales, la complejidad es infinitamente mayor, por lo que jamás sobra producir razonamientos en alternancia y mantener una actitud de constante observancia.

Ciertamente conviene recordar que el acto de conocer (observar, contemplar, describir, organizar...), es un atributo del hombre concedido a sí mismo; que la ciencia es una forma tentativa de conocer para explicar, describir e intervenir la realidad de una manera planeada y consciente; que el discurso de la técnica es incapaz de explicar el contenido de la vida, entre otras cosas, porque lo técnico está desprovisto de conciencia. Que la ciencia es, finalmente, una convención social, y las ciencias sociales, como tales, han sido legitimadas desde su nacimiento como contribuciones al conocimiento científico.

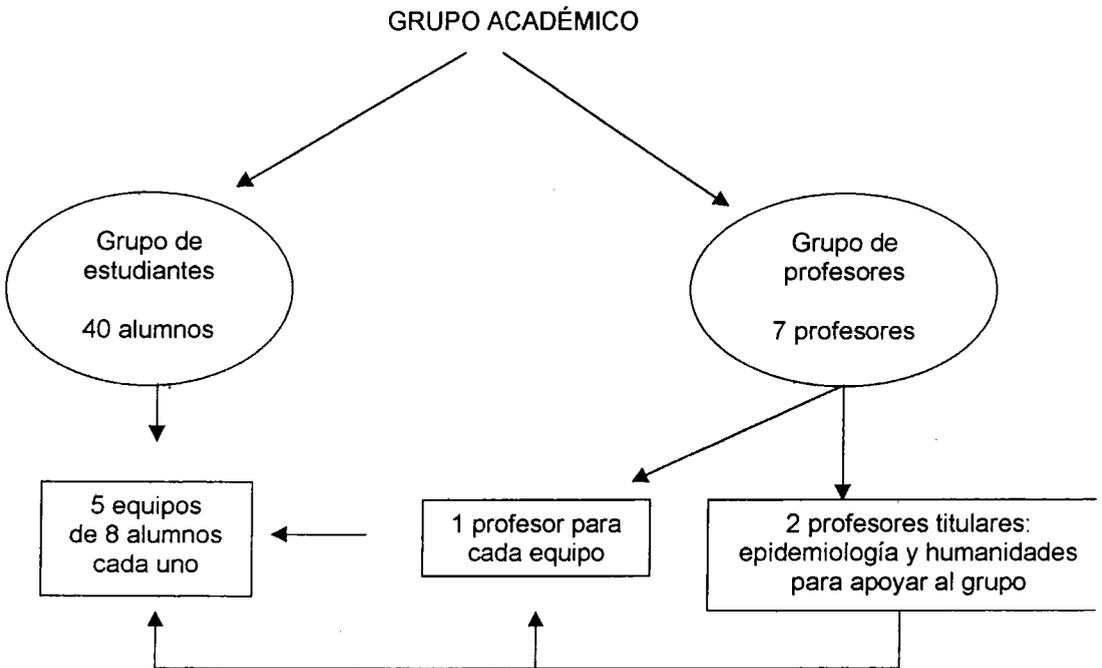
No podemos soslayar el hecho de que "las ciencias experimentales requieren un lenguaje uniforme; es más lo producen casi de manera espontánea, porque sus explicaciones son inseparables de referentes materiales, objetivos... con las ciencias sociales el caso es distinto. No hay que descartar que una porción considerable de lo humano pueda conocerse a manera de las ciencias de la naturaleza; no obstante, en general, dicho método no es suficiente: la complejidad de los hechos sociales es mucho mayor, inconmensurable, entre otras cosas porque esos hechos son también interpretaciones, signos, lenguaje" (Escalante, 1999:104).

5.3.2. Trabajo en equipo

En aspectos de organización, la conformación del grupo académico pasa por el aprendizaje y el ejercicio del trabajo en equipo que es una tarea permanente, pues la participación de profesores y alumnos en el TCSC requiere del concierto de opiniones y de la ejecución de actividades en equipos y en grupo, por lo tanto, el

estudiante-individuo, el profesor-individuo y la comunidad-individuo son siempre construcciones en proceso de transición para la formación de un grupo.

Administrativamente, un grupo de estudiantes está constituido aproximadamente por 40 alumnos que se subdividen en 5 equipos de trabajo, cada uno a cargo de 1 profesor médico. A este grupo de profesores se suman dos profesoras o profesores titulares del área de epidemiología y del área de humanidades.



En el grupo del TCSC, se constituyen los sujetos de aprendizaje y de acción política (gestión) al mismo tiempo. Mediante esta estrategia de aprendizaje (el grupo), la investigación se convierte en un proceso colectivo de formación e información para profesores, alumnos y comunidad, puesto que se trabaja con realidades físicas, sociales, económicas, demográficas, educativas y culturales cambiantes, pero sobre todo, con comunidades humanas cuyos referentes y

experiencias culturales suelen ser diferentes y por lo tanto, deben ser siempre el primer motivo de reflexión.

Además en el trabajo de campo, los alumnos se obligan a redefinir su identidad como alumnos, pues al estar fuera de un salón de clases (espacio controlado) quedan expuestos a un ambiente abierto (sin control) donde la ocurrencia de fenómenos es aleatoria e imprevisible casi siempre. En el TCSC, y aunque parezca paradójico, los alumnos se encuentran en una *proximidad física* que los aleja del recinto universitario y es razón suficiente para provocarles una cierta ansiedad, no obstante, con el tiempo se dan cuenta de que la universidad se prolonga en la comunidad en tanto que el uniforme los identifica entre sí y los relaciona como pares; se aprecian como estudiantes universitarios realizando actividades de extensión de la cultura y como estudiantes de un equipo de salud en etapa de formación profesional.

Queda claro que un grupo de trabajo no es la estructura que le compone o la denominación que se le asigna. Un grupo de trabajo es una identidad social dinámica que se constituye dialógicamente en el devenir de sus tareas e interacciones.

De acuerdo con Rafael Santoyo (1969:29-30): "El grupo de aprendizaje, como fenómeno sociodinámico es un proyecto y está siempre en un proceso de consolidación. Dicho proceso requiere:

- Que se comparta una finalidad, que a la vez se convierta en el núcleo de intereses, con la suficiente fuerza como para aglutinar esfuerzos y que en torno a ella se concentre la reflexión y la práctica transformadora...
- Que cada uno de los miembros del grupo tenga una función propicia e intercambiable para el logro de los objetivos de aprendizaje, evitando que se consoliden roles rígidos y estereotipados...

- Que se consolide un sentido de pertenencia que se detecta por el pasaje del yo al nosotros y permite pensar y pensarse en grupo.
- Que se propicie una red de comunicaciones e interacciones a través de las cuales se logre el intercambio y confrontación de los diversos puntos de vista que integran los criterios del grupo respecto de los problemas.
- Que se tenga la oportunidad de participar en la detección y solución de problemas, como procedimiento necesario para el aprendizaje.
- Que se gaste un ambiente (espacio de reflexión) para la elaboración de los aprendizajes, es decir, que no sea el coordinador el que de conclusiones o dicte conocimientos acabados con criterio de "verdad inapelable".
- Que se reconozca al grupo como fuente de experiencia y de aprendizaje capaz de generar diversas situaciones que aporten elementos para la reflexión y la modificación de pautas de conducta.
- Que se de tanta importancia a la persona en cuanto tal, con sus conflictos, motivaciones, intereses y contradicciones, como a las metas de aprendizaje.

En la FES Z, el trabajo en equipo representa una estrategia de aprendizaje que pretende integrar la construcción y el análisis de problemas teórico-metodológicos con procesos sociales, estéticos y afectivos, a fin de que los alumnos valoren la importancia de la participación de cada individuo en relación con un grupo y los resultados diferentes que se obtienen cuando el trabajo es individual o grupal. En esta perspectiva, cada una de las actividades que se realizan en grupo se pueden apreciar como situaciones de enseñanza-aprendizaje que involucran situaciones y experiencias particulares y colectivas.

Por lo tanto, conforme avanza el programa, los resultados individuales son poco previsible y a veces no muy evidentes, no así el avance en la solución de problemas que se toma en acciones colectivas. En ese sentido, es responsabilidad del profesor-instructor caminar con los problemas y el desarrollo del grupo y cuidar que cada uno de los miembros logre construir la vivencia de las interacciones múltiples.

Un coordinador o instructor de grupo debe ser una persona confiable, no sólo porque su experiencia como tal sea constatable, sino porque los alumnos así lo perciban; como un profesionalista con el que no existe temor de fracasar, al contrario, se tiene de entrada la certeza de que convivir con él puede representar una oportunidad de enriquecimiento profesional e intelectual. Asimismo, el coordinador se siente parte del grupo, pero al mismo tiempo, asume su responsabilidad frente a éste en el sentido de ser capaz de convocar al trabajo y propiciar las condiciones para el desarrollo del grupo en el cumplimiento de las metas propuestas en el programa académico.

En el trabajo grupal, la comunicación y la tolerancia constituyen elementos de integración; la coordinación y el liderazgo son factores de disciplina y control de los procesos; la creatividad y la espontaneidad representan condiciones para la formación de identidad del grupo; la reflexión permanente y objetiva permite definir tareas posibles y evaluar procesos; asimismo, se hace necesaria la explicitación del objetivos, funciones, tareas y tiempo disponible para la realización de actividades de modo que se establezca un orden que todos preserven.

En el grupo cada individuo debe conocer y valorar sus capacidades y habilidades para participar, comunicar sus intereses, definir su nivel de compromiso y ceder parte de su autonomía para el logro de tareas comunes. Definir y realizar tareas en grupo, conlleva además, la aceptación al cambio e intercambio de saberes y conductas que va más allá de la buena disposición a trabajar en grupo.

Significa modificar conocimientos, experiencias, puntos de vista, valores, expectativas, y a veces, modelos y modos de vida que hasta el día de hoy habían sido adecuados conforme a los requerimientos de otros grupos de pertenencia. Incluso, se debe considerar la relación existente entre lo explícito e implícito que aparece en el comportamiento, los discursos, las órdenes, los conflictos y la manifestación de emociones, elementos que no sólo ponen en riesgo la dinámica

del grupo, sino sobre todo, ponen en riesgo a cada uno de los integrantes para la ejecución de una tarea y la tarea misma puede quedar en riesgo o a la deriva.

Como en toda relación humana, ocurren en el grupo numerosos encuentros y desencuentros en los que el aspecto de la subjetividad, entendida como la capacidad de interpretación de un fenómeno para concederle un cierto significado que influye en una determinada conducta, ejerce una importante influencia relacional que debe ser observada y expuesta a la reflexión sistemática del grupo, ya sea para incorporar elementos al grupo, o bien, sólo depurar el ambiente grupal permitiendo desahogar problemas.

Es de gran importancia mantener un crecimiento cualitativo del grupo otorgando a cada participante la oportunidad y los medios para su expresión personal, para identificar sus aportes y evaluar los alcances de su participación para el desarrollo del grupo. Un grupo de aprendizaje siempre está en constante formación, por lo tanto, siempre es necesario establecer períodos de regulación (reflexión y diálogo) entre las nuevas y viejas informaciones, procesos, resultados, opiniones, sugerencias, etcétera.

En un grupo de aprendizaje, el *magister dixit* debe ser rebasado por la participación y el interés colectivo; debe concederse particular importancia a la comunicación dialógica y crítica. En tanto que el criterio de duda debe constituir el principal motivo para aceptar todo tipo de posibilidades. El grupo y sus integrantes deben encaminarse hacia la independencia y el desarrollo personal y profesional. Es preferible que cada alumno busque información por diferentes medios a proporcionar el mismo material de lectura para todos; el único requisito válido es que la información referida provenga de fuentes especializadas y reconocidas académicamente.

La educación debe dirigirse a la formación de capacidades para la investigación, el aprendizaje continuo y la participación práctica en problemas concretos, de tal

manera que cada estudiante o cada profesionista sea capaz de generar su propio trabajo olvidándose la dependencia que conlleva la asignación de tareas.

En ese sentido, el trabajo en equipo puede encaminarse a replicar este modelo de desarrollo humano de carácter autogestivo con las comunidades que se visitan. El principio básico consiste en asumir desde un plano de ética profesional, las responsabilidades sobre lo que se aprende y sobre lo que se desea compartir en el contexto de la participación grupal. Maire, (citado por Gómez C.,1983:1306) opina que:

La autogestión exige un derecho a la formación para todos, una formación que permita participar en las decisiones colectivas. La escuela debe permitir la adquisición de conocimientos y de competencias pero también desarrollar la conciencia de sí mismo y la conciencia social. Ello supone: desarrollar la capacidad creativa y la autonomía de pensamiento de cada actor social; favorecer el trabajo en común y crear el sentido de las responsabilidades, permitiendo su ejercicio efectivo; desarrollar las capacidades de análisis y de crítica del medio ambiente, con el fin de poderse ubicar en él y de poder actuar sobre él.

5.3.3. Multidisciplina e interdisciplina

Desde hace varias décadas la concepción biologista de enfermedad ha sido ampliamente rebasada como modelo dominante de explicación del proceso salud-enfermedad, en su lugar, se ha impuesto el modelo histórico-social que ofrece complejos horizontes de análisis teórico y propuestas metodológicas diversas, donde el ejercicio de la multidisciplinaria e interdisciplinaria se hace posible y necesario para profundizar en el conocimiento de la causalidad y determinación social del proceso salud-enfermedad y para elaborar programas de prevención y promoción de la salud.

Una de las premisas del plan de estudios de medicina de la FES Z (1989:123-124) señala al respecto:

El saber médico se ha fragmentado en múltiples disciplinas, las cuales sólo pueden ser integradas si el programa académico ofrece un eje de integración. En el programa modular, el eje de integración disciplinaria está dado por las funciones profesionales. Al organizar la enseñanza del saber en torno al quehacer, es posible integrar las disciplinas básicas con las aplicadas, las morfológicas con las fisiológicas, las que tratan de las estructuras y procesos macroscópicos con los microscópicos, las que abordan los aspectos normales con las que tratan los patológicos y las del campo biomédico con las del psicomédico y sociomédico.

En los diferentes apartados del plan de estudios, se hace hincapié en considerar que el ejercicio de la medicina es una actividad práctica y de servicio que requiere la atención y resolución de problemas, mediante el saber que se logra cuando éste se pone a prueba varias veces, desde diferentes enfoques del conocimiento y en diferentes circunstancias. Por tanto, al estudiar un problema ocurren movimientos intelectuales en el momento de decidir si la teoría y el método de las disciplinas que se enseñan se tendrán que articular, integrar, incorporar o excluir, complementar o en definitiva son interdependientes para describir, explicar o interpretar un fenómeno y para proponer una transformación.

Estas posibilidades de encuentro entre las disciplinas, es una primera aproximación para comprender qué es la multidisciplinaria o la interdisciplinaria en cuanto a su ejercicio concreto y este encuentro ocurre después de un largo debate. En ocasiones, ha sido más difícil lograr los acuerdos entre profesores de una misma disciplina, que entre profesores que no comparten la misma formación.

Los profesores formados en las disciplinas sociales pueden ser sociólogos, psicólogos sociales o abogados; en tanto que los profesores de las disciplinas del área de la salud pueden ser: médicos generales, epidemiólogos o con estudios en salud pública. Hay profesores médicos y sociólogos que cuentan con una maestría en medicina social; diplomados en docencia universitaria o en ciencias de la salud pública. Asimismo, hay profesores con estudios y práctica en literatura y filosofía

En ocasiones, el encuentro se produce de facto, sin haberlo considerado, porque profesores de diferentes disciplinas asisten en grupo a comunidad (mismo día y hora), y allí mismo toman decisiones que ni siquiera se habían contemplado en el programa académico. De este modo, la interdisciplina se constituye en una forma de trabajo muy interesante.

Una larga experiencia en comunidad nos ha facilitado conocer las fronteras y los discursos de las ciencias naturales y sociales, ha permitido desarrollar capacidad de diálogo y apertura y una actitud de colaboración para la participación en proyectos comunes. En lo cotidiano, se ha logrado romper con los artificios discursivos de cada disciplina y en muchas ocasiones logramos lenguajes comunes sin confundir los lenguajes específicos de cada disciplina. Por esto, la interdisciplinariedad es interpretación y análisis de problemas a partir de la diferencia, es mucho más que la yuxtaposición de "miradas" disciplinarias, es la posibilidad de adquirir un conocimiento en movimiento que progresa y que va de las partes al todo y del todo hacia las partes, pero en un perpetuo *continuum*.

En este sentido, sostiene Cartay (1983:1259-1260):

la interdisciplinaridad se convierte en actividad obligatoria para armonizar la unidad de las muchas aproximaciones... para buscar la unidad del hombre a través de la interacción de conocimientos compartidos sin egoísmo y desde una perspectiva de riguroso criticismo. *Agrega*: alguien instruido en el puro conocimiento histórico, es decir, en el conocimiento de datos, será alguien informado, y podrá imitar pero no inventar. Para que haya un verdadero saber deben conjugarse los conocimientos históricos y racionales teniendo una idea (y un esquema) por fundamento.

Por otra parte, este autor propone que el mejor modelo de trabajo científico para las ciencias sociales se encuentra en la interdisciplina entendida como "unidad de las muchas aproximaciones" (ibidem., p. 1259) y como "búsqueda de la unidad del hombre a través de la interacción de conocimientos compartidos sin egoísmo y desde una perspectiva de riguroso criticismo" (p. 1260).

En el TCSC con perspectiva interdisciplinaria, se pretende que los equipos de trabajo aborden problemas complejos en lugar de abordar temas establecidos por las diferentes áreas del conocimiento. Se intenta que el planteamiento teórico y el abordaje metodológico de los problemas dejen de ser patrimonio de formas de razonamiento lineal para convertirse en problemas de conocimiento cuya aproximación se hace desde la reflexión y la actuación colectiva.

5.3.4. Contribución de las ciencias sociales y las humanidades

En nuestra facultad, la educación en ciencias sociales y humanidades representa una tradición; profesores de éstas áreas han participado en los siete planes de estudio desde la fundación de la escuela. No obstante, en el TCSC se concreta una unidad diferente, pues los profesores de ciencias sociales participamos en campo y en dos seminarios. Uno de los programas cubre el componente de "Sociomedicina" y el otro de "Humanidades". El plan de estudios marca 11 horas de trabajo académico para los profesores de ciencias sociales contratados para atender un solo grupo de alumnos de medicina. 7 horas se comparten en el TCSC y el seminario de sociomedicina, y dos horas corresponden al seminario de humanidades.

Dada la complejidad del modelo educativo de la FES Z, se ha hecho un esfuerzo por definir la perspectiva de las ciencias sociales y de las humanidades en la enseñanza y formación de un profesional de la salud. Por considerar de gran relevancia algunos de estos planteamientos, se describen brevemente a continuación.

No existe definición unívoca sobre qué debe entenderse por ciencias sociales, pero en nuestro trabajo académico las definimos como las ciencias del hombre o ciencias de la cultura. Cardoso y Weffort las definen "como el conjunto de ciencias que ofrecen medios para una apropiación racional de la existencia social" (citados por Boils, 1979:60). Paoli Bolio (1996:8-15) las define como "el conjunto de

explicaciones sobre el acontecer colectivo" y también "como la reflexión sobre el hombre social".

Escalante Gonzalbo (1999) señala que las ciencias sociales estudian los procesos de construcción de lo humano. Son modelos del saber humano que interpretan las características del desarrollo social desde las formaciones de grupos, comunidades y sociedades, desde las instituciones que regulan la vida social y desde las coyunturas y los procesos de cambio. Las ciencias sociales se encargan del estudio antropológico, económico, geográfico, psicológico, ético, político, histórico, es decir se encargan de formular explicaciones sobre los fenómenos que no son naturales y que tienen significado para la vida cultural de un grupo humano o una sociedad. Mientras que las humanidades contribuyen a incrementar la sensibilidad para reconocer al hombre en sus dimensiones ontológicas, estéticas y filosóficas.

En las ciencias sociales no ocurren solamente hallazgos, ocurren sobre todo, encuentros y búsquedas. Desde la perspectiva de la filosofía humanista, las ciencias sociales estudian el campo de los intercambios humanos. Esas relaciones entre hombres pueden estarse produciendo o reproduciendo dentro de ciertos límites asequibles y próximos a la racionalidad del investigador; pero pueden ocurrir también en situaciones abigarradas y complejas, indescifrables de primera intención, ante las cuales, el investigador tiene que recurrir a otros elementos de juicio, para significar desde otra racionalidad, lo que sus ojos miran, pero su razón no comprende.

Al campo de estudio de lo social pertenece lo humano, todo aquello que ha sido mirado, clasificado o nombrado por el hombre. Todo lo humano es al mismo tiempo, fuente de relación entre sí, y es, ante todo, una misma unidad. Es decir, el estudio de lo social tiene que dar cuenta del mundo externo e interno del hombre desde lo que es medible por los medios del conocimiento empírico actual, hasta lo que sólo puede ser objeto de interpretación porque forma parte de estructuras

no visibles, pero sustantivas en la vida, como es el caso de las emociones e intenciones del hombre. Conocer acerca de lo social, es un acto de reflexión sobre un asunto que importa intelectualmente, humanamente.

Las ciencias sociales producen ideas, conceptos y formas del pensamiento que son capaces de ensayar encadenamientos de sucesos y fenómenos que permiten desde el presente, conocer los posibles horizontes del pasado y del futuro. Permiten al hombre colocarse en el mundo con la capacidad de transformarse con un sentido personal y colectivo a la vez. La naturaleza más íntima de las ciencias sociales consiste en la capacidad de utilizar el intercambio de saberes para fortalecer un conocimiento. Ese intercambio de saberes y formas de investigar y explicar es lo que se conoce como trabajo interdisciplinario.

✓ **Qué estudian las ciencias sociales?**

Para Gramsci (citado por Pizzorno, 1995), el campo de estudio de las ciencias sociales debe abarcar:

- Hechos inerciales, comportamientos, actos reiterados, hábitos, vida económica.
- Hechos primordiales, organización y relaciones sociales, intereses, grupos, valores y el mundo de la política.
- Las condiciones de un momento histórico.

El Dr. Pablo González Casanova (1997) considera que las investigaciones de las ciencias sociales deben centrarse en el análisis del hombre y de la naturaleza desde la miseria y la explotación de que son víctimas. Alain Touraine (1993) por su parte, también coincide en señalar como objetos de estudio de las ciencias sociales, los problemas relacionados con el sujeto individual y colectivo desde su lugar social: el de la participación en un régimen democrático, o el de la exclusión resultado de la cultura de la pobreza.

Escalante Gonzalbo (1999) convoca al estudio de ciertas características de los grupos y de las comunidades. Dice por ejemplo, que es necesario conocer el lenguaje como una posibilidad de encontrar en él:

- las autorreflexiones sobre el ser y los principios de su identidad (los mitos);
- las creencias, como unidades de relación simbólica sobre lo justo, lo moral, lo ético, lo político;
- las prácticas personales y colectivas sobre el cuerpo del individuo y sobre el cuerpo social, prácticas médicas, políticas, vecinales, religiosas, festivas, etcétera;
- las convicciones, en tanto son los criterios que determinan lo innegociable, lo distintivo, el sentido, las convenciones, que son los acuerdos, reconocimientos, valores, normas;
- las aspiraciones y las intenciones;
- las realizaciones, las potencias, lo que es posible hacer;
- el ambiente físico, el entorno.

En el seno de las discusiones internacionales sobre la definición del campo de estudio de las ciencias sociales, dicen los investigadores de la Comisión Gulbenkian (1996:85-87)

pedimos que se ponga el acento en lo complejo, lo temporal y lo inestable, que corresponde hoy a un movimiento transdisciplinario que adquiere cada vez mayor vigor en el mundo (...) implica el reconocimiento de que los principales problemas que enfrenta una sociedad compleja no se pueden resolver descomponiéndolos en pequeñas partes que parecen fáciles de manejar analíticamente, sino más bien abordando estos problemas, a los seres humanos y a la naturaleza, en toda su complejidad y en sus interrelaciones.

Ciertamente, las ciencias sociales deben favorecer posturas dialogantes, deben contribuir al crecimiento intelectual de una sociedad, de tal manera que la realidad, el conocimiento sobre la realidad y el discurso del sujeto que conoce, se constituyan en nuevas proposiciones sobre las relaciones sociales.

El ensayo en ciencias sociales se nutre del encadenamiento de problemas y resultados de la autorreflexión. Dice Escalante Gonzalbo (1999:47):

lo primero que preocupa a una comunidad humana, lo primero que necesita saber es cuanto se refiere a ella misma, a su estructura y su organización; los primeros problemas que procura resolver, que se plantean con los atisbos iniciales de una cosmogonía, son los que suscitan la necesidad de orden y justicia. Lo demás puede esperar.

El libro de Escalante Gonzalbo titulado *Una idea de las ciencias sociales*, es un texto de acompañamiento por sus valiosas sugerencias. El autor recomienda, como proceso metodológico para conocer y ejercer la investigación en ciencias sociales, revisar y reflexionar los fundamentos y teorías de los autores clásicos de las ciencias sociales en el entendido de que a través de esta revisión, se puede transitar por un conocimiento acumulado (a diferencia de las ciencias naturales donde los conocimientos se mueven entre la alternancia y la sustitución).

Esta acumulación también significa solvencia para provocar formas más desarrolladas del pensamiento. El contenido de las ciencias sociales debe conformarse con el conocimiento sobre las interpretaciones de cómo se articulan las relaciones humanas, cuál es el orden, la racionalidad y la asignación de sentidos sobre la vida, desde las construcciones míticas hasta los productos más tangibles y concretos incluido el medio ambiente físico. Dice Escalante Gonzalbo (1999:64-65)

las ciencias sociales se ocupan del orden humano, de *nomos*, y por eso en su origen remoto está el pensamiento jurídico; sin embargo, resulta fundamental para su propósito establecer cuál sea la relación de ese orden convencional, consciente, con el orden de la naturaleza. Por ese motivo, entre sus distintas posibilidades, la tradición iusnaturalista es la que está más próxima a nuestra idea: el antecedente más obvio de lo que hoy son las ciencias sociales.

Esta filiación de las ciencias sociales modernas con la tradición iusnaturalista se sostiene en un postulado básico: el entendimiento común sobre la necesidad de pensar la igualdad entre los hombres como un orden de la naturaleza a partir del cual se define lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto. En este sentido, el orden de la naturaleza, de la cual el hombre forma parte, es la primera naturaleza que lo conforma; y el orden social, basado esencialmente en lo jurídico, es lo que suele denominarse la segunda naturaleza del hombre. Dirá Escalante, "lo natural en el hombre es la necesidad de crear órdenes artificiales" (p.69). Es decir, los hombres somos seres que nos hemos dado la primera y la segunda naturaleza a través de ser capaces de crear y realizar la diferenciación entre los distintos órdenes que construimos y de los que formamos parte.

Es importante señalar que la "utilidad" del conocimiento radica en la valoración social que de él se produzca y nos conduzca a apreciarlo como algo deseable y bueno. Mientras no exista el gusto por conocer y a él se ofrezca la entrega de nuestro tiempo para buscar explicaciones, será imposible desarrollar la pasión por la ciencia y sus aplicaciones, así como la definición de los compromisos sociales que se adquieren al momento de producir conocimiento relevante.

Señala Juliana González (1991:41) en su ensayo titulado *Humanismo de las humanidades, humanismo de las ciencias*: el desarrollo de las ciencias es importante no sólo por sus aplicaciones prácticas, pues dice:

las ciencias son obras de la libertad, tienen una función humanizadora y un significado esencialmente humanista... la grandeza del conocimiento científico no se comprende solamente por lo que éste vale en sí, ni por lo que puede producir, sino por lo que significa para el hombre. La ciencia vale como realización de la excelencia humana, por sus alcances *existenciales* y no solo epistemológicos, metodológicos y ontológicos, o por sus aplicaciones en el orden tecnológico.

Finalmente, Álvarez Mendiola (1999), propone un patrón a seguir en las prácticas disciplinarias de las ciencias sociales a fin de buscar sus contactos y principios de unidad teórica. Este patrón se compone de los siguientes elementos:

- Uso flexible de teorías, métodos y enfoques.
- Formulación de problemas de investigación en contextos aplicados.
- Uso de insumos provenientes de diversas ciencias sociales con tendencias hacia la multidisciplinariedad.
- Definición de asuntos de frontera dados por el campo de problemas más que por las disciplinas individuales.
- Nuevas ordenaciones del prestigio intelectual a partir de solución de problemas que tienden a desplazar los criterios que tradicionalmente usa la colegialidad disciplinaria como fuente de reconocimientos por méritos.
- Formación de grupos flexibles, *ad hoc*, para realizar investigación, grupos interdisciplinarios, interinstitucionales, y, con frecuencia, internacionales.
- Acceso a recursos económicos en mercados de conocimiento externos a la academia.
- Gestiones emprendedoras de proyectos, recursos y organizaciones académicas.

Esta propuesta, que particularmente posee una visión gerencial, ha empezado a penetrar en muchas universidades del mundo y ya son evidentes algunos efectos: desarticulación de los cuerpos colegiados para ponderar la investigación tecnológica de resultados inmediatos por encima de la producción del conocimiento y empobrecimiento cada vez mayor de las universidades públicas al condicionarles el financiamiento a cambio de la gestión de proyectos empresariales.

¶ Las ciencias que forman el conjunto **Sociales**

En este punto tampoco se han establecido clasificaciones universales. No obstante, se respeta la tradición europea de considerar como ciencias sociales nomotéticas a la sociología, la economía y la ciencia política. La historia y el derecho, disciplinas de viejo cuño, han oscilado entre pertenecer al campo de las humanidades o de las ciencias sociales. Otras ciencias sociales de más reciente formación son: la antropología, la demografía, la geografía, las ciencias de la comunicación y de la información, las relaciones internacionales, la administración pública, la arqueología.

Wallerstein se pregunta: "¿Por qué tres ciencias sociales enfocadas al presente y sólo una -la historia- al pasado? (*y se contesta*) Porque la economía, la ciencia política y la sociología, respondieron a la lógica de la ideología liberal que concibió la modernidad como la separación de tres áreas diferentes de la realidad, mismas que se reflejaron en la investigación social: el mercado, el Estado y la sociedad civil" (57, p. 15).

En las humanidades se han agrupado como ciencias nomotéticas: la filosofía, la lingüística y la retórica. De más reciente cuño son: filología, pedagogía, biblioteconomía y archivonomía. Incluidas en las humanidades quedan también todas las bellas artes. De mayor controversia ha sido incluir en alguno de los grupos a la psicología, aunque algunas de sus especialidades, psicología social o de las instituciones, por ejemplo, parecen estar muy próximas al campo de las ciencias sociales.

En México, la primera clasificación que propone el CONACYT (Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología) data de 1973 (48). La relación de ciencias sociales quedó como sigue: antropología, sociología, demografía, psicología, ciencia política, historia, biblioteconomía, relaciones internacionales, filología, lingüística, ciencias de la información, derecho, filosofía y bellas artes. Vale la

pena destacar que, en este caso, el principal (y tal vez único) criterio de agrupación ha sido un asunto administrativo relacionado con la asignación de apoyos financieros.

Esta relación fue depurada tiempo después y se determinó que el criterio debiera ser el objeto de estudio y el tipo de investigación que realizan. De esta manera se formaron cuatro grupos:

- Disciplinas que estudian las relaciones interhumanas: sociología, antropología, ciencia política, relaciones internacionales e historia.
- Disciplinas que estudian la comunicación: filología, lingüística y ciencias de la información.
- Disciplinas que estudian las normas: derecho, ética.
- Filosofía.

De acuerdo a la clasificación del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y CONACYT en 1991, quedan agrupadas como ciencias sociales las siguientes: historia, antropología, sociología, economía, literatura, bellas artes, ciencia política y administración pública, derecho, lingüística, educación, psicología, filosofía y demografía.

Por su parte Béjar Navarro y Hernández Bringas (1994) agrupan en el área de ciencias sociales, además de las mencionadas, las siguientes: arqueología, archivonomía y bibliotecología, trabajo social, estudios latinoamericanos, geografía, relaciones internacionales, arte y letras. Esta amplitud propuesta es muy importante, porque los autores realizaron estudios de evaluación del trabajo de las ciencias sociales para difundir sus aportes y crear mayor conciencia para la asignación de apoyos financieros y de reconocimiento social a las profesiones.

► Importancia de las ciencias sociales en la formación del médico

Peter Cleaves (1985:35) sugiere que los profesionistas deben asumir la responsabilidad de contribuir al mejoramiento social, ya que:

se forman en un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, auto-organización y autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas...(por ello) una profesión es una ocupación privilegiada con mística.

Escrito en 1959 el libro de Wright Mills titulado *La Imaginación Sociológica*, tiene la vigencia de los textos universales y clásicos, en cuanto a que los problemas que aborda nos atañen hoy con la misma resonancia de ayer. El libro de Mills, trata de teoría y método de las ciencias sociales pero desde la perspectiva de lo que este quehacer significa para el desarrollo humano de cualquier persona. Por ello ocupa un papel central en el tratamiento de este subtema.

Para Mills, tener imaginación sociológica es tener la capacidad para construir una conciencia de sí mismo. Es capacidad para asombrarse, recapitular, reflexionar, reconocer problemas y sus relaciones con estructuras más amplias, para elaborar perspectivas de análisis que nos formen una opinión para entender y en el contexto de la comprensión, poder actuar. Es una capacidad que se desarrolla cuando se recupera el saber de las grandes tradiciones de la filosofía, la literatura, la ética, el estudio de la moral, la historia. Se trata de desarrollar el interés por el estudio de la cultura desde lo que cada individuo es y vive y de lo que sus decisiones y actos implican a los demás. Dice Mills (1975:144) que "la libertad y la razón son los dos valores fundamentales del análisis social clásico".

Quien se forma en las ciencias sociales adquiere compromisos consigo mismo y se obliga a "tratar de comprender la diversidad humana de un modo ordenado, pero teniendo en cuenta la extensión y la hondura de esa diversidad" (p. 147) a fin

de ser coherente con el punto de vista que se tiene sin menoscabo de las significaciones sociales que representan para los otros.

Quien se forma en ciencias sociales debe formarse en la interdisciplina, entendida como la búsqueda permanente de conocimientos complejos y profundos que incluyen una visión universal del hombre y sus preguntas esenciales sobre la vida, la libertad, la ética, la razón, la dignidad, la sociedad. Se trata de reconocer que en estos conocimientos se encuentran las potencialidades y límites de la acción humana, por encima de lo que Mills llama *imaginación ingenieril* o *ethos tecnológico*.

Aprender ciencias sociales también exige la penetración de la mirada hacia lo que no es necesariamente visible, como son las intersecciones que se producen entre las relaciones y las estructuras sociales. Intersecciones, que pueden ser intenciones, motivos, que a veces sólo son puntos de contacto posibles, no reales.

En esa condición de posibilidad percibida por el investigador social, es que puede modificarse la ruta de un acontecimiento, de ahí, la enorme responsabilidad de su trabajo. En este contexto, señala Mills que existen tres grandes posibilidades para utilizar el conocimiento de lo social:

- Practicar la política de la verdad considerando desde luego, los valores implicados en el trabajo.
- Convertirse en consejero del rey y perder la libertad de pensar.
- Permanecer independiente y salvaguardar un principio elemental de dignidad profesional.

El estudio de las ciencias sociales debe conducir a sus practicantes por el camino de buscar siempre razones y argumentos que les eduquen para la realización de la dignidad en la vida cotidiana y contribuyan a formar opiniones públicas que también eduquen públicos, no masas.

Afirma Mills (1975:197-198):

enseñar a alguien a manejar un torno o a leer y escribir es en gran parte prepararlo para el ejercicio de una destreza; ayudar a alguien a decidir qué es lo que realmente quiere hacer de su vida, o discutir con él sobre los tipos de vida estoico, cristiano y humanista, es el cultivo o la educación de los valores.

Más adelante acota: "el papel educativo y político de la ciencia social en una democracia es contribuir a cultivar y sostener públicos e individuos capaces de formular definiciones adecuadas de las realidades personales y sociales y de vivir y actuar de acuerdo con ellas" (p. 202).

Sin duda alguna, las ciencias sociales deben enseñarnos a pensar, a debatir, a ser sensibles, a ser personas que defienden la libertad. Es en la relación entre sentir y pensar que deben establecerse los significados de la acción humana; no sólo no podemos, sino que no debemos evitar la afectación que nos produce ésa relación.

Las ciencias sociales deben formar para la observación, el registro y la selección de problemas significativos; deben facilitar teorías y conceptos que nos lleven a describir, representar, traducir o interpretar esos problemas; deben ofrecer esquemas para analizar, significar y explicar los hallazgos, y finalmente, deben permitirnos organizar conocimientos complejos capaces de colocarnos en la posición de opinar y sugerir.

Dice Mills (1975:84,91,93): "rara vez podemos sacar de una investigación verdaderamente detallada, más ideas, de las que hallamos puesto en ella"; "no podremos enunciar bien un problema hasta que no sepamos para quién es un problema" y "los conceptos y las ideas deben guiar la investigación de los hechos y las investigaciones detalladas deben usarse para comprobar y reformar ideas".

Las explicaciones en ciencias sociales fluyen entre la dimensión social y la dimensión personal; entre los factores y fuerzas de cohesión social y las

necesidades de libertad y de autoconocimiento humano. Desde la regulación jurídica del Estado y sus instituciones, hasta la formación ética de los individuos. Este espacio como totalidad es el que constituye "la realidad humana". (Wallerstein, 1996:114).

A grandes rasgos podemos decir que las ciencias sociales desde la perspectiva humanista se proponen comprender al hombre en su realidad social y explicar la realidad social que produce el hombre. En este sentido, la educación en ciencias sociales debe conducir a transformar el destino de los hombres en cada sociedad.

En un sentido más particular, puede postularse que los conocimientos generados por las ciencias sociales no son acumulables para un sólo conjunto teórico, sino que cada teoría es relativamente independiente de otra. Los primeros datos se van organizando a través de hacerse preguntas, lograr conjeturas, deducciones, analogías, comparaciones y todo aquello que permita utilizar el sentido común, como un principio de organización intelectual. Un dato aislado, sin sentido, no sirve a nadie. Un dato debe proporcionar información y debe motivar reflexiones, que nos coloquen en posición de ventaja para tratar de entender y resolver un problema.

La reflexión en ciencias sociales necesita apoyarse en las reflexiones de otros seres pensantes, necesita del movimiento de las ideas y de los acuerdos sobre ellas para legitimar un saber. Por ello, el desarrollo de las ciencias sociales sólo puede ocurrir en sociedad y en los espacios donde la libertad sea un valor y un bien común.

Max Weber (1976), señalaba que las ciencias sociales se producen en un ambiente propio que cuenta con cierta racionalidad, por lo tanto, los conceptos y los modelos de conocimiento de cada teoría social poseen la racionalidad del ambiente que les da origen, lo que impide que sean aplicables cabalmente a otra realidad. Para Weber éste es uno de los primeros problemas epistemológicos de

las ciencias sociales que tiene que ver con el rigor, confiabilidad y probidad en el acopio y uso de datos; con la disciplina, control en la elaboración y en el análisis de datos para su sistematización y con la claridad en los fundamentos teóricos de apoyo que permitan arribar a la exposición coherente de conclusiones.

5.3.5. Contribución de la Epidemiología

La Epidemiología es una de las disciplinas que se dan cita en la actividad del TCSC. Profesores de ciencias sociales y profesores de epidemiología atienden un programa común que se ha elaborado a partir del plan de estudios. Cada grupo académico tiene la flexibilidad para abordar el programa y el encuentro interdisciplinario ocurre casi de manera natural.

En congruencia con los fundamentos filosóficos de la enseñanza modular, el área de epidemiología integra contenidos temáticos de disciplinas del conocimiento afines a ella (salud pública, sociología, medicina preventiva, medicina social, bioestadística, entre otras). Incluye actividades teóricas y prácticas (en aula y campo) y promueve en el estudiante actitudes de reflexión y crítica frente a sus actividades. La epidemiología es mucho más que una disciplina auxiliar de la salud pública, es una disciplina con vastos campos para la investigación en salud y para la acción práctica de intervención social. Entre los principales objetivos de la educación en epidemiología encontramos:

- Estudiar, analizar y buscar mecanismos de solución a los problemas y condiciones de salud-enfermedad de la población menos favorecida por el desarrollo.
- Proponer modelos de análisis desde la interdisciplina y la multidisciplina.
- Conducir las decisiones profesionales con arraigo a un código ético y bien informado para la toma de decisiones en salud pública.

- Investigar e influir en las características de la atención médica dirigida a la población abierta, respecto a los costos, calidad, eficacia, eficiencia, equidad, cobertura, entre otros.
- Mantener atención sobre el desarrollo tecnológico en salud y proponer alternativas innovadoras.
- Proponer, organizar, administrar y desarrollar modelos de servicio y sistemas de salud sostenidos en una sólida formación teórico-práctica en el campo de las disciplinas sociomédicas, administrativas y humanísticas

Hablar de epidemiología es hacer referencia a la salud de la población, la salud pública. Pero la población no como un todo homogéneo y compacto, sino como un conjunto de personas en interrelaciones complejas, como un elemento de la vida social que se construye permanentemente, que se desarrolla en diversos ámbitos, que siempre está instituyéndose, moviéndose y transformando la cultura, por lo que su conocimiento exige también explicaciones de una gran complejidad.

La epidemiología es el conjunto de saberes y prácticas multiprofesionales dirigidas a definir el perfil de salud de grupos y sociedades humanas con el fin de intervenir de manera organizada sobre las diferentes respuestas sociales que afectan o determinan el proceso salud enfermedad. A la epidemiología le corresponde la formación y capacitación de profesionistas para el abordaje integral de problemas sociales y su determinación en las condiciones de vida y de salud-enfermedad de la población desde la perspectiva conceptual, el trabajo metodológico-instrumental, la aplicación de programas y la evaluación sistemática de resultados.

Ya en 1911 el médico mexicano Eduardo Liceaga, siendo presidente del Consejo Superior de Salubridad, señalaba que era obligación del médico prevenir las enfermedades, no curarlas; conservar la salud, prolongar la conservación de la vida y mejorar la condición física de la especie humana; y para conseguirlo, vacunar contra la viruela, la difteria y las pestes; orientar la higiene para que desaparezcan las enfermedades evitables; establecer la obligación de los

municipios de proporcionar agua pura para que la comunidad no se enferme en los casos de enfermedades que provienen del agua; es obligación de los municipios alejar los desechos humanos y animales, así como la basura en forma científica. Asimismo, Liceaga estaba a favor de que la enseñanza de los alumnos incluyera el aprendizaje de varias disciplinas no médicas y las prácticas profesionales extramuros que condujeran a que el estudiante encontrara las causas y las consecuencias de la enfermedad. (Martínez C., 1971).

Más adelante, estas reflexiones se fueron integrando hacia la consideración de que la salud-enfermedad no puede estudiarse ni entenderse y mucho menos atenderse, sin la participación de los profesionistas de la salud en el contexto de la participación comunitaria. La OMS en 1998 propuso como funciones esenciales de la salud pública las siguientes: prevención, vigilancia epidemiológica, control de enfermedades, promoción de la salud, protección del ambiente, salud ocupacional, legislación y regulación de la salud pública, atención a grupos vulnerables y de alto riesgo, entre otras.

Los nuevos valores implícitos en el campo de la epidemiología y la salud pública se corresponden con la llamada *Nueva Salud Pública*, noción que se viene construyendo desde la perspectiva de la política *Promoción de la Salud*. Entre estos valores destacan: la conducta ético-humanista de los equipos de salud en torno de los siguientes principios: *equidad* (en la cobertura, distribución, accesibilidad y uso apropiado de recursos y servicios en salud); *efectividad* (resolución de problemas, disminución y control de riesgos, participación social); *calidad técnica* (aseguramiento de cada proceso para evitar daños); *eficiencia* (constatación de la mejoría real en las condiciones de vida y salud de la población) y *sustentabilidad* (gestión, organización y control de las acciones).

5.3.6. Formación técnica y científica

Como ya se mencionó líneas arriba, el concierto de las actividades en grupo determina en gran medida el logro de objetivos en el TCSC. Por tal razón, las primeras actividades con los alumnos se realizan en aula, se establecen los equipos y se les asigna un asesor.

Durante los primeros tres o cuatro meses profesores y alumnos realizan seminarios en los que se revisan los principales fundamentos teóricos de la epidemiología y de las ciencias sociales, estrategias metodológicas, técnicas didácticas y medios auxiliares empleados comúnmente para realizar estudios de comunidad y programas de intervención en salud pública, medicina comunitaria o medicina social, medicina preventiva, bioestadística y epidemiología social.

Cada equipo es responsable de llevar a cabo investigaciones bibliográficas, presentar exposiciones, demostraciones, sociodramas, materiales educativos diversos; elaboran monografías, instrumentos para capturar información; aprenden elementos de la metodología cuantitativa y cualitativa, entre otras actividades. En los seminarios participa todo el grupo (alumnos y profesores) y cada equipo rola la responsabilidad de dirigir una clase.

El trabajo de campo en salud comunitaria forma parte sustantiva de los **procesos educativos** que conforma el plan de estudios de la carrera de médico cirujano de la FES Zaragoza, en tanto capacita al alumno para:

- Conocer una determinada situación social como base para una acción o intervención. De primera intención debe contar con la habilidad para organizar información a partir de seleccionar y construir datos sobre hechos concretos.
- Investigar sobre el conjunto de problemas sociales susceptibles de representar condiciones que contribuyen o determinan la situación de salud-enfermedad de una comunidad. Elaborar un diagnóstico es, precisamente, una tarea de

investigación. Un proceso investigativo de este tipo, necesita cumplir los siguientes requisitos:

- *Intencionalidad*. El equipo de trabajo debe reconocer y aclarar cuál es la intencionalidad del proceso, qué se *desea* investigar y por qué, cuáles son los propósitos de la investigación con respecto a la perspectiva de los participantes, cuáles son los intereses comunes y los divergentes, hacia dónde se puede dirigir la tarea grupal.
 - *Dirección*. El equipo de trabajo establece un orden jerárquico para definir funciones y responsabilidades de los participantes frente al grupo y frente a la comunidad.
 - *Intensidad*. Los objetivos generales del proyecto comunitario deben ser los ejes orientadores que permitan organizar los esfuerzos humanos y los recursos materiales.
 - *Sistematicidad*. Es conveniente establecer un mecanismo de planeación estratégica que organice y dirija las acciones y los programas de una manera articulada y consecuente con el proyecto. Importan los registros puntuales sobre las experiencias obtenidas.
 - *Espontaneidad*. Este es un criterio de carácter subjetivo que se refiere al comportamiento franco, irreflexivo, natural o libre que en un momento determinado expresa o expone una persona. Puede llegar a constituir un recurso importante para enfrentar imprevistos, pero también puede llegar a representar un obstáculo o un problema si genera actitudes de desconfianza o malestar entre las personas que comparten un espacio o un proyecto.
-
- Elaborar un plan de intervención. Este es un momento importante en la organización y toma de decisiones para intervenir un proceso, ya sea desde una perspectiva individual, grupal o colectiva. Se necesita precisar el tipo, alcance y forma de aplicación de la decisión elegida. Con respecto al tipo, puede ser una estrategia de educación, de gestión o de negociación, por ejemplo; con alcance o repercusiones políticas, culturales y económicas.

- Evaluar el impacto de las acciones. Esta es una tarea que debe mantenerse vigente durante cada proceso, por lo tanto se inicia con él y se continúa hasta el final. Evaluar exige siempre una actitud de reflexión y análisis. Como función educativa, evaluar significa establecer juicios a partir de haber desarrollado habilidades intelectuales, psicomotoras, socioculturales y afectivas; es incluso una toma de posición ética y política frente a un problema. Solamente se puede evaluar cuando se ha rebasado el aprendizaje de contenidos especializados y se cuenta con la posibilidad de asumir la respuesta profesional como parte de un comportamiento cultural.

Con el trabajo de campo se desarrollan habilidades profesionales importantes, entre las que destacan:

- *Cognitivas* (desarrollo de capacidades intelectuales para la reflexión, el análisis, la síntesis, la toma de decisiones, el ejercicio de la autocrítica).
- *Expresivas* (desarrollo de habilidades para utilizar e improvisar formas y canales para la comunicación, la socialización, la actuación, el manejo de emociones y el control de estrés).
- *Educativas* (desarrollo de estrategias psicopedagógicas para socializar el conocimiento, motivar conductas positivas, detectar líderes, trabajar en equipo).
- *Administrativas* (desarrollar habilidades y estrategias para la planeación, organización, negociación y gestión de proyectos culturales).
- *Técnicas* (desarrollo de capacidades intelectuales para la construcción, selección y manejo de instrumentos que faciliten la intervención comunitaria).
- *Creativas* (desarrollo de capacidades intelectuales para despertar el juicio crítico y el pensamiento creativo que conduzcan a la integración, e improvisación de medidas para el cambio).

Es evidente que todas estas habilidades van formando estructuras intelectuales que favorecen el desarrollo del pensamiento complejo y, a la vez, van abriendo nuevas alternativas intelectuales y culturales para la promoción de cambios en la vida social, sobre todo, desde una perspectiva ética y humanista (respecto del *deber ser* y del *ser con el otro*.)

Decía el filósofo español Fernando Savater con motivo de una entrevista realizada por *La Jornada* (28/1/99): "La ética es lo que es... es una reflexión de los seres humanos sobre su propia libertad, sobre la búsqueda del arte de vivir y convivir mejor". En el TCSC, los alumnos tienen el escenario para proyectar su vocación, reflexionar y profundizar sobre su idea de vida y de mundo social, contribuir a enriquecer el *ethos* académico de la Universidad.

Las **actividades** que se desarrollan en el trabajo de campo tienen como principal objetivo la integración del equipo de trabajo, particularmente en las acciones que conduzcan al diseño de un ejercicio metodológico para organizar el trabajo y la participación comunitaria como una experiencia de aprendizaje. Las actividades más concretas que se desprenden de los puntos anteriores, son:

● **Planeación**

Toda actividad comunitaria exige una fase de planeación que consiste en definir objetivos, metas y estrategias posibles de intervención ante un problema determinado. Se requiere plantearse como elemento inicial, un programa de actividades teórico-prácticas que reúna los intereses de un grupo de trabajo y que tenga como marco de referencia los fundamentos académicos y los principios éticos de un modelo de trabajo con enfoque comunitario.

La elección de la zona de trabajo constituye el punto de partida. En las comunidades marginadas es generalmente bienvenido el desarrollo de actividades comunitarias; la población suele ser más participativa y los logros obtenidos llegan

a ser más consistentes. Sin embargo, es muy difícil no generar expectativas entre la población acerca de la resolución de los problemas que más les afectan. Son poblaciones que carecen, en su mayoría, de servicios públicos, de atención médica, de espacios para la recreación, etc. No obstante, existen estrategias del trabajo de campo que inciden en los patrones de comportamiento para contribuir con los recursos disponibles a intervenir sobre los problemas existentes.

● **Búsqueda y selección de información**

Esta tarea consiste en el acopio de información cartográfica, estadística, hemerográfica y gráfica sobre la zona elegida para elaborar un estudio de comunidad específico. Asimismo, se hace detección de líderes y de los colonos fundadores para recuperar, por su voz, la historia de la colonia. Se establecen marcos teóricos de explicación y se elaboran los primeros enunciados de problemas detectados.

● **Diseño de protocolo de trabajo**

Esta es una fase que compromete el orden y la importancia de las actividades posteriores, de tal modo que deben definirse los problemas de investigación en el contexto de su propia jerarquía, los recursos, el tiempo, las condiciones de trabajo, el nivel de formación profesional de los integrantes del equipo, y ante todo, debe valorarse la posibilidad de participación de la comunidad en el desarrollo de actividades conjuntas. De no tomar en cuenta las características de estos elementos no será posible establecer compromisos colectivos.

● **Levantamiento directo de información**

Consiste en la elaboración de instrumentos idóneos para la captación directa de información, así como su aplicación en la zona de trabajo. Se realizan entrevistas, se aplican encuestas, cédulas censales, se elabora croquis de la zona y se

mantiene como actividad permanente el registro observacional con el fin de contrastar datos.

● **Tareas de análisis de información**

El acopio de información debe complementarse con el análisis y discusión de los datos recabados. Al profundizar en estas tareas, se logran establecer los primeros diagnósticos socioeconómicos, demográficos y de salud de una población. Se hace un primer balance sobre el plan original y se realizan, justificadamente, los ajustes necesarios.

● **Actividades de intervención**

En el trabajo de campo que realizan los estudiantes de la carrera de médico cirujano, se contempla, como marco normativo de las acciones, la atención primaria a la salud, el fomento y la promoción de la salud, como ejes rectores para la definición de actividades. En este sentido, las prácticas de educación, promoción y fomento a la salud se constituyen en el componente educativo y de interrelación social con la comunidad. Por otra parte, se procura la realización de otras acciones que, en su conjunto, conformen una perspectiva más amplia para lograr la participación comunitaria.

● **Proceso de evaluación**

La importancia social y la trascendencia que el TCSC pueda aportar a la comunidad y a los estudiantes, depende en mucho de la sistematización de las acciones emprendidas y de la reflexión crítica que permanentemente se realice sobre el trabajo comunitario abarcando siempre los resultados parciales y de conjunto, tomando en cuenta la opinión de la comunidad. Todo proyecto carece de sentido cuando no ha sido sometido a la reflexión de los protagonistas

5.3.7. Formación humanística y ética

En el TCSC que realizamos en la FES Zaragoza también se incluyen otros principios que pueden ubicarse en el plano del sentido cultural que la UNAM se esfuerza en mantener, construir y reconstruir en su trabajo cotidiano. Nos referimos a las posiciones personales, éticas o morales que intervienen en nuestro trabajo. Entre estos principios, de lo que bien puede denominarse *ethos* académico, destacan los siguientes:

- La responsabilidad social
- La defensa de la autonomía individual
- El desarrollo del pensamiento crítico y complejo
- La disciplina en el trabajo
- La cooperación solidaria
- La consideración estética sobre el quehacer cotidiano

- **La responsabilidad social**

En la dimensión ontológica sobre la construcción del hombre y del ejercicio de una profesión o cualquier actividad social, median las propuestas y la realización de valores (motivaciones, representaciones, símbolos) que los individuos despliegan en su vida cotidiana determinando respuestas concretas a los problemas que se les plantean. Por ello, es muy importante definir desde el inicio de actividades académicas con los alumnos, el concepto sobre la responsabilidad y el compromiso profesional que se adquiere ante los demás personajes del grupo y la proyección que se pretende en comunidad.

En el TCSC entendemos que la actividad en comunidad tiene como destino a las personas y nos esforzamos por comprender, que una persona es presencia, corporeidad y voluntad de ser; realidad física finita e imaginación inagotable. Unidad del ser, construido por el entramado de razones morales que sólo pueden

compartirse y entenderse desde la emoción profunda que causa sentirse sostenido por la mirada atenta de un semejante.

Persona es dignidad e identidad como realidades éticas e interiores, formas de la conciencia que valoran la estima de la persona, ganada por el empeño que cada quien dispone para considerar el riesgo de la presencia ante el juego de las emociones; donde el dolor, el sufrimiento o la muerte de alguien, convoca la compasión, que es, la disposición a aliviar el desconcierto del otro.

Persona es condición de encuentro, es deseo de no hacerse ajeno a la posibilidad de existir como *un nosotros*. Con los efectos y riesgos que conlleva andar repartiendo sueños y cuerpo, no obstante, gastarse la vida en compañía siempre será una buena inversión vital. La elección de los amigos, la procuración del vínculo en la conformación de los equipos de trabajo y su permanencia, alimentar el gusto por el trabajo realizado, discutir nuevas propuestas, abrir espacios fuera de las instalaciones de la UNAM, cumplir los compromisos con las comunidades, son entre otras actividades del TCSS, las que nos permiten reforzar el sentido de la responsabilidad social y olvidar por algunos instantes, el juego perverso que ofrece la mercadería de los prestigios cuando el saber, la ciencia o la técnica se yerguen solamente como instancias de poder.

Los médicos se humanizan poniéndose a disposición unos a otros para escuchar y hablar: mirando lo que dicen los cuerpos, sintiendo lo que dicen las voces, tocando lo que dicen las miradas, reconociendo el lenguaje de las aproximaciones y de los silencios. Cada enfermo es un ser doliente que sufre en su padecer y que podrá apoyar su dolor en la confianza y el conocimiento que ofrece cada equipo de trabajo.

Ante una persona, una población, un enfermo; ante la vida toda, es importante que los alumnos no pierdan la sensibilidad, asuman que en el proceso de enfermar y morir, la experiencia del dolor ocupa al cuerpo de tiempo completo.

En condiciones de pobreza los alumnos también se enfrentan a otro tipo de dolor, el de la impotencia, la desesperanza, la indefensión, y tienen que aprender a comunicar alternativas, reconocer opciones para mejorar las condiciones de vida de la población, participar en tareas de promoción y de fomento a la salud que liberen a las poblaciones de la práctica médica tecnificada y medicalizada.

Cuando los equipos de trabajo llegamos a una comunidad, de la que todavía nada conocemos, empiezan las preguntas guías: ¿qué es lo que necesitamos y debemos saber?; ¿qué es lo que se puede conocer y tratar de interpretar para entender?; ¿qué de lo que se cree entender o saber se puede aplicar?. Cuando ya salimos de la comunidad, cuando ya suponemos que conocimos, hicimos, aprendimos, vuelven las preguntas: ¿qué fue lo que se cumplió del proyecto?; ¿cómo se cumplió?; ¿cuál es el nivel de responsabilidad asumido?; ¿cómo contribuyó el trabajo grupal a resolver problemas?.

La responsabilidad es fundamental para la articulación y funcionamiento del grupo porque traza límites a las formas de trabajo y reduce o impide la entrada a los equívocos. Uno de esos límites, parte de considerar que es muy difícil trabajar sobre satisfacción de necesidades sociales por lo que la responsabilidad debe someterse al contexto de las posibilidades. Este principio reduce el riesgo de realizar el trabajo comunitario como un proyecto de *administración de la miseria* (Casanova, H., citado por Manero, 1994).

Tenemos la pretensión de que los alumnos sean expertos para enfrentar el dolor humano, que no petrifiquen su corazón. Estamos ciertos de que no existirá mejor analgesia o tranquilidad para un paciente, que la voz y el acompañamiento de un semejante. Los alumnos deben asumir compromisos de trabajo y hacerse responsables por los efectos que produzcan, no sólo en términos de la comunidad, sino entre ellos también.

La responsabilidad tiene que ver, en primer lugar, con el cumplimiento riguroso de las funciones sustantivas de la UNAM, por lo tanto, cada actividad docente, de investigación o de servicio debe planearse, realizarse y ser evaluada con criterios de la más alta calidad académica.

- **La defensa de la autonomía individual**

En el TCSC los alumnos quedan expuestos a tener vivencias individuales de acuerdo al tipo de comunidad que les corresponde atender. El programa de actividades que se realiza en clase no siempre es posible realizarlo de acuerdo al plan definido. Muchos factores en la organización no se cumplen y otro tanto ocurre con la actividad práctica sin haberlo podido considerar antes.

Pero tanto en la planeación como en la ejecución y evaluación de tareas, los alumnos tienen que aprender a tomar decisiones, elaborar los argumentos lógicos que las sustentan, justificar cada actuación que se relacione con posibles efectos en la comunidad o en ellos mismos. Los alumnos desde los primeros días de su formación profesional quedan en posibilidad de elegir formas de trabajo, de conocer sus aptitudes y limitaciones, de formar una conciencia de identidad que les lleve a reconocer la propia individualidad y sus verdaderas convicciones, así como considerar que en el compañero o compañera se suceden experiencias similares.

Odey en su programa *Habilidades para la Vida* de la Organización Mundial de la Salud, afirma que la conciencia de sí mismo representa quizás una de las habilidades más importantes para la vida, la de conocernos a nosotros mismos; las razones de nuestra manera de actuar, de sentir, de pensar, de nuestro carácter y de nuestra personalidad, de nuestras fuerzas y nuestras debilidades, deseos, repudios (citado por García V., 2001:18).

En el ejercicio de las libertades individuales, en la defensa de la autonomía, siempre es una persona la que se define para sí misma y para los demás. En el TCSC este es un elemento de gran importancia si tomamos en cuenta que principalmente se realizan tareas en equipo donde la interacción, la lucha por el poder, la competencia y otros atributos y resortes de las relaciones humanas, entran y ponen en riesgo la cooperación y la independencia de los individuos.

- **El desarrollo del pensamiento crítico y complejo**

Trabajar en espacios abiertos, comunidades que tienen su propia dinámica y que reaccionan de acuerdo a sus propios valores, expectativas, simpatías o antipatías, resulta ser una experiencia de enorme trascendencia para los alumnos, sobre todo para los jóvenes del primer año de la carrera, que hasta antes de estas experiencias, venían cursando sus estudios intramuros, creyendo que las teorías y la ciencia sólo tienen caminos seguros, controlados, eficaces, verificables. Trabajar en comunidad es siempre un acontecimiento nuevo; cada actividad que realizamos puede presentar circunstancias particulares, aún cuando se planean con anticipación y tomando en consideración experiencias previas.

Los equipos de trabajo se reúnen para distribuir responsabilidades y materiales, verifican el lugar donde se realizará la actividad y se ponen de acuerdo con la comunidad sobre fechas y horarios, no obstante, con frecuencia nos ocurren situaciones imprevistas (la señora que iba a prestar las sillas no llegó, un alumno olvidó láminas, llueve, faltó una extensión para pasar la corriente eléctrica, etcétera), en ese momento el equipo tiene que reorganizarse para analizar alternativas y cada elemento del equipo se constituye en una fuerza importante para integrar una nueva respuesta, para asignar valor a su trabajo y ponerlo en duda también.

E. Morin (1996) se pregunta, ¿Qué es la complejidad? y responde: "A primera vista la complejidad es un tejido (*complexus*: lo que está tejido en conjunto) de

constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple.

Al mirar con más atención, la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre... De allí la necesidad, para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir de seleccionar los elementos de orden y de certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar...". Morin (1996:33) coincide con Bachelard respecto a la consideración de que lo simple no existe y que es necesario abrir el pensamiento, pues "un pensamiento mutilante conduce, necesariamente, a acciones mutilantes".

En el TCSC ni la comunidad, es como *suele* ser ni nosotros nos comportamos como en la institución acostumbramos a hacerlo. En la comunidad se necesita observar, pensar y actuar de acuerdo a las circunstancias y en el empeño de cumplir los objetivos, pero en el trabajo de comunidad ocurre lo circunstancial, lo imprevisible, lo azaroso, lo que realmente necesita, *in situ*, constituirse en problema del conocimiento para que cada quien con el conocimiento, la vivencia, una opinión o una idea, contribuya a una experiencia de aprendizaje para todos. Por ello, dice Morin (1996:87):

vemos así, que cada ser tiene una multiplicidad de identidades, una multiplicidad de personalidades en sí mismo, un mundo de fantasmas y sueños que acompañan su vida.

Coincido con Morin (1996:87) cuando apunta:

Podemos decir que aquello que es complejo recupera, por una parte, al mundo empírico, la incertidumbre, la incapacidad de lograr la certeza, de formular una ley, de concebir un orden absoluto. Y

recupera, por otra parte, algo relacionado con la lógica, es decir, con la incapacidad de evitar contradicciones.

- **La disciplina en el trabajo**

En el TCSC existen reglas, normas de trabajo, porque los equipos representan a la UNAM y en ello se debe procurar la exaltación de su quehacer responsable ante lo social. Algunas de las normas que se siguen son:

- **De la persona:** Los alumnos deben presentarse a comunidad vistiendo con pulcritud el uniforme establecido y no se admite ropa adicional, joyas ostentosas, o cualquier otro accesorio que rompa con el equilibrio del grupo. Llevan gafete que los identifica como alumnos de la carrera de medicina de la FES Zaragoza.
- **De la conducta:** En el TCSC los estudiantes deben guardar un comportamiento que refleje seriedad y responsabilidad. Tienen prohibido fumar y comer durante la estancia en comunidad. No es conveniente que jueguen o griten en las calles, que tuteen a las personas de la comunidad o que se excedan del trato cordial.

La asistencia y el cumplimiento del horario son normas fundamentales, a tal grado valoradas por el plan de estudios, que ésta actividad no puede ser acreditada sino mediante el cumplimiento del programa en campo. Es decir, los alumnos que no asisten el 80% del programa no pueden acreditar el curso debido a que no existen exámenes finales ni extraordinarios para el TCSC.

Es lógico suponer que el peso de la formación del estudiante recae en su actividad cotidiana y cada actividad es evaluada el mismo día de su realización. Para ello se toma en cuenta la solidaridad con sus compañeros, el conjunto de habilidades y destrezas que mostró en su trabajo, así como el logro que éstas tienen con respecto a las funciones profesionales que le corresponden.

- **La cooperación solidaria**

Los objetivos y las actividades que se realizan en el TCSC incluyen la participación e integración de equipos de trabajo, de manera tal que cada participante asume la tarea más allá de la decisión personal por acreditar o no. Importan, sobre todo, los compromisos que se establecen con respecto a la finalidad del trabajo, y por lo tanto, las formas que se decidan para la consecución de los fines, muchas veces resultan emergentes, imprevistas, poco comunes.

En la cotidianidad de las comunidades que visitamos somos ajenos, extraños y a veces hasta resultamos sospechosos; los vecinos pueden mirarnos con desconfianza, desinterés, o en caso contrario, crearse expectativas de apoyo o servicio que están al margen de nuestro programa. En estas condiciones, la solidaridad entre los miembros del grupo es fundamental. Entendemos la solidaridad como la disposición al encuentro entre personas para el respaldo mutuo, la ayuda, la relación humana, el servicio entre sí. Es importante tener la convicción de que el encuentro entre seres humanos no sólo promete posibilidades de relación, sobre todo admite, que aún podemos controlar nuestro sentido gregario, el mismo por el que todavía podemos desciframos en el presente.

La solidaridad como encuentro permite reconocer en cada quien la existencia del otro y vivirse desde la necesidad del otro; desde la emoción profunda que causa sentirse sostenido por la mirada atenta de un semejante: porque dos somos unidad y porque la vida del otro es la del propio destino. En la relación solidaria se entrega la confianza y se aprende que la vida de cada quien se debe al servicio para la vida de todos. Que no sólo importa lo que se aprende técnicamente, sino que importa también lo que cada quien desea ser como tal, lo que cada persona aspira a vivir, lo que cada persona despliega de sí mismo. A los universitarios les debe respaldar su saber y su sociedad cuando lo que hacen, dicen o piensan se dirige siempre a salvaguardar la dignidad y el honor de las personas.

Donde sea que se encuentren dos personas existe la posibilidad de una interacción que facilite o impida una relación, por ello la solidaridad entre alumnos, profesores y miembros de una comunidad debe sustentarse en la responsabilidad común, en la claridad de intereses y en la posibilidad de lograr ciertas metas. Es necesario que se precisen los intereses, las formas de trabajo y las dificultades para definir las estrategias de participación y las conductas de solidaridad que se esperan alcanzar.

En conclusión, solidaridad es proximidad, vecindad, convención, acuerdo, respeto entre los que se comprometen. Solidaridad es saber que se cuenta con alguien para el préstamo, el favor, el auxilio, el intercambio de valores. La solidaridad no se enseña, se construye en la práctica bajo el imprevisible ordenamiento de circunstancias y experiencias que permiten conformar la identidad de un grupo de semejantes que han decidido asociarse para alcanzar un fin.

- **La consideración estética sobre el quehacer cotidiano**

En el TCSC se apela a que los alumnos desarrollen la capacidad contemplativa de su proceso de formación y de sus quehaceres prácticos. Las relaciones sociales que se establecen fuera del aula son cualitativamente diferentes: los alumnos se encuentran en posibilidad de crear ordenamientos distintos a los exigidos por un salón de clases o un laboratorio. En el trabajo comunitario se necesita de su experiencia humana, de su naturaleza sensible, perceptiva, creativa. Encontrarnos de pronto en un espacio abierto, nos coloca en un plano de especial vulnerabilidad emocional.

Concurrimos a comunidades caracterizadas por las condiciones de pobreza material que las aqueja, carentes de servicios públicos regulares, de servicios médicos, de centros de recreación. El paisaje local, las personas de la comunidad y los entornos sociales, a veces, resultan completamente ajenos a los estudiantes y desde el primer día de trabajo comunitario, los alumnos tienen que desplegar su

imaginación y su lenguaje para describir, ordenar, precisar y descifrar lo que es sensible a los sentidos; tienen que decidir qué cosa es importante para considerar un adelanto en su aprendizaje, deben formularse un esquema de interpretación para ordenar los hechos de la realidad, para comprender su existencia.

Aprenden a distinguir las cosas y los hechos representativos de un grupo, a identificar elementos de su cultura, a razonar sobre las relaciones humanas que allí se producen. Llevan en sus bitácoras de trabajo el registro de los hallazgos físicos y el de sus emociones. Pueden distinguir lo que obedece a una solución técnica y lo referente a una manifestación estética, es decir, aquello que habla de los valores, razones, intenciones, propósitos y efectos del trabajo humano de naturaleza sensible.

La experiencia estética implica la identificación de un producto humano asignado a la voluntad creadora y sensible de una persona. En el TCSC los alumnos y los profesores nunca terminamos de conocer una comunidad porque casi nada de lo que ocurre en una comunidad lo hemos advertido antes en otra, lo más importante siempre es contingente, ocasional, fugaz.

Tampoco ninguno de nosotros es igual al día anterior, siempre somos lo posible por devenir en tanto seres creativos, imaginativos, simbólicos. En esta experiencia estética, los alumnos aprenden a ser responsables frente a las conjeturas y sus actos y son ellos los que van definiendo los criterios éticos para su actuación social; aprecian la diversidad cultural, aprenden a guardar respeto y tolerancia por las diferencias y reconocen que de ello se nutre también su saber práctico.

5.4. La comunidad, el diagnóstico y la intervención

5.4.1. Concepto de *comunidad*: su importancia para el TCSC

En la FES Zaragoza es frecuente que por fines prácticos de la labor operativa del trabajo en campo que desarrollamos, llamemos "comunidad" -ya sea por separado o integradamente- a las personas que habitan en la reducida zona que visitamos y/o al espacio físico en el cual realizamos nuestras actividades de campo tales como las de observar, entrevistar, encuestar y transmitir información respecto a la atención a la salud, entre otras.

Actividades que en todo momento están propiciando la interacción de profesores, alumnos y personas de la comunidad en medio de relaciones interpersonales con cierto significado emocional y de compromisos concretos que derivan no sólo de lo planeado en los protocolos de investigación, sino también de la emergencia de situaciones no planeadas.

En este reconocimiento empírico que los zaragozanos hemos venido haciendo para referirnos a la comunidad identificándola, indistintamente, como una área geográfica y con la gente que la habita -que es con la que nos relacionamos en una determinada actividad-, estamos coincidiendo con no pocos autores (Follari, R., 1984) que implícita o explícitamente aluden tanto al carácter de zona territorial de la comunidad cuando a ésta se refieren con palabras como barrio, colonia, vecindario, etc., como al aspecto relativo a las relaciones sociales que se producen en su seno merced a la multiplicidad de intercambios que acaecen entre los sujetos que las conforman.

No obstante que empíricamente los zaragozanos estemos implicando los dos aspectos esenciales de la comunidad, en el empleo práctico y cotidiano que hacemos del término (al referirnos con él tanto a la localidad como al grupo de personas que la habitan), y no obstante que con ello estemos concordando con

ciertos autores, debemos revisar, al menos parcialmente, algunas definiciones que se han producido en torno a tan controvertido vocablo y que incorporan diversos elementos en el afán de explicitarlo con el grado de fineza que requiere la práctica teórica.

Sobre todo, porque cuando en el siguiente capítulo abordemos el TCSC que realizamos en Canteras del Peñón La Joya, podremos constatar que los conceptos sólo quedan en aproximaciones que en realidad muy poco explican los elementos que verdaderamente importan para conocer a una comunidad que se reconoce e identifica por parámetros propios.

El concepto de comunidad, huelga decirlo, ha sido tratado desde diferentes perspectivas de análisis y ha tenido distintas connotaciones dadas las múltiples definiciones que se han elaborado atendiendo tanto a necesidades prácticas como a corrientes teóricas y marcos de referencia diversos.

En el campo de las ciencias sociales se ha entendido por comunidad una multiplicidad de instituciones y de vínculos sociales que contienen o suprimen entre una y otra definición, una serie de indicadores ponderados según la corriente teórica bajo cuyo dominio se estructura la definición.

Dice Anderson (1985) que la naturaleza y la extensión de la comunidad son, en gran parte, asuntos de definición particular de cada una de ellas, lo que implicará manejar un cúmulo de datos para precisar finamente en su propio contexto a las comunidades, sin adelantar criterios para definirla. Es decir, que la naturaleza y la extensión de una comunidad deben ser objeto de investigación y no de especulación; resulta un tanto ocioso referir determinados indicadores como constitutivos de la comunidad cuando éstos no han surgido de una investigación.

En el mismo sentido, Raúl Sánchez y Vitelio García (1986:82) sostienen que "la presencia o ausencia de determinado número de indicadores así como el grado de

los mismos es lo que coloca a cada comunidad dentro de su propia tipología". Y en realidad no son pocas las apreciaciones en las que se encuentra, ya sea abierta o veladamente, un cierto rechazo a la "importación" de elementos teóricos que obvian, supriman o se aparten de los referentes empíricos que conforman la realidad social en la que se enmarcan las distintas comunidades.

Si bien es cierto que pueden manejarse grandes categorías con las que se designe a las comunidades tipificándolas, por ejemplo, de urbana marginal, proletaria suburbana, o rural indígena (que son en las que muy frecuentemente se desarrollan programas académicos y de servicio de las instituciones del sistema de educación superior), también es cierto que el amplio margen de obviedad al que se acude en estas generalizaciones, resulta poco o nada útil en la tarea de conceptualización.

Elliot y Merrill (1965) opinan que no son los criterios cuantitativos respecto al número de personas o de kilómetros cuadrados que comprenden las localidades, lo que habrá de determinar que un grupo de personas adquiera la denominación de comunidad, sino los procesos sociales que entre ellos se suceden. En efecto cuando nos referimos, por ejemplo, a la comunidad católica o a la judía queda excluido el significado de territorio con el que hemos estado tratando el término de comunidad, toda vez que el territorio no es un elemento constitutivo de la comunidad católica o de la judía.

Luego entonces ¿los grupos sólo son comunidades cuando sus miembros actúan en armonía de intereses y no cuando entre ellos median antagonismos?. La mayoría de los autores aquí revisados se inclina a concebir como comunidad sólo a aquel grupo que comparte, digamos, en armonía y "cordialmente", los espacios de la acción social que conforman esa red de eventos que los une, dándole a menudo a su concepción que aunque descansa en el romántico deseo de que así suceda resulta falaz y, por lo tanto, ajeno a la labor científica que reclama objetividad.

Es evidente que las diferencias y rivalidades entre los miembros que componen una comunidad, también deben ser consideradas como elementos constitutivos de ésta. No existe comunidad alguna en la que perennemente sus integrantes mantengan una relación idílica, libre de conflictos. Las relaciones interpersonales siempre oscilan entre la concordia y lo contrario.

Pretendiendo superar esta notable deficiencia, algunos autores recurren como fórmula a la ambigüedad, por ejemplo cuando dicen que en una comunidad se produce una "gran variedad" de relaciones sociales dentro de las que, podemos inferir, seguramente se hallan las incompatibilidades y otras contradicciones.

Tal es el caso de René Koenig (1985:45), quien reuniendo opiniones de varios investigadores llega a la conclusión de que:

una comunidad es antes que nada una sociedad global de un tipo que tiene unidad local, con un número indefinido de instituciones, grupos sociales y otros fenómenos internos y, además, una gran variedad de formas de asociación que operan dentro de los mencionados agrupamientos y también los esenciales contactos organizadores del exterior (sociales, económicos, legales, administrativos, etc.).

La indefinición en el número de instituciones que éste y otros autores frecuentemente mencionan, debe considerarse como derivación de la constante e ininterrumpida emergencia y extinción de instituciones durante el tiempo que pervive la comunidad en cuestión. Por otra parte, el énfasis que deposita Koenig en los contactos externos constituye una aportación que indiscutiblemente va dirigida a romper la concepción de enclaustramiento a la que no pocos investigadores se remiten en el afán de precisar el vocablo que ahora nos ocupa; pero paradójicamente la existencia de no pocas comunidades cerradas, casi impenetrables, cuyos contactos externos son sumamente limitados y tenues, puede ser la base para iniciar un cuestionamiento al citado énfasis.

Según establece la *Enciclopedia de Ciencias Sociales* (citada por Durand, A., 1993), la comunidad es: "un agregado conscientemente organizado de individuos que residen en una zona o localidad específica, dotada de autonomía política, manteniendo instituciones primarias, como escuelas, iglesias, entre las cuales se reconocen ciertos grados de interdependencia". Si bien esta apreciación pudiera ser de utilidad para referir comunidades con una infraestructura propia de zonas relativamente extensas y con cierta antigüedad de los asentamientos humanos, en cambio no resulta aplicable a una gran cantidad de concentraciones humanas que tienen residencia reciente en las áreas que habitan y en las cuales, en sus inicios, se carece de las instituciones primarias que señala la cita anterior.

Por otra parte, mientras que en el *Diccionario de Sociología*, Henry Pratt (1980) escribe que "una comunidad, considerando sus elementos implícitos, es un proceso de interacción social que da lugar a una actitud más intensa o extensa y a la práctica de la interdependencia, cooperación, colaboración y unificación"; Talcott Parsons (1971:91), uno de los clásicos de la sociología norteamericana, define la comunidad muy simplistamente diciendo que es "la colectividad cuyos miembros participan de una región territorial común como base de operaciones de sus actividades diarias".

Sanderson (1984), muy cercano a Parsons y de manera francamente imprecisa, dice que la comunidad es la menor unidad geográfica de asociación donde se organizan las principales actividades humanas. Por el contrario, en el excelente trabajo de Vidich y Bensman (1985) titulado *La pequeña población en la sociedad de masas*, los autores describen a la comunidad como un universo limitado y finito destacando los elementos que intervienen para reconocer, con base en la identidad que otorga el pertenecer a un conglomerado, la concentración de un reducido sector de la población que comparte estilos de vida en común unidad y siempre en asecho de patrones de consumo, pautas de conducta y estereotipos en general de la cultura dominante en cuyo seno se alojan sin asimilarse del todo, aunque sí en una inevitable pérdida paulatina de valores por la incorporación de

otros. Ese intercambio es, sin embargo, lo que mantiene "vivas" a las comunidades. Los lacandones, por ejemplo, al ser una de las más cerradas etnias son a su vez comunidades culturales en franco proceso de extinción.

Un punto en el que coinciden diversos autores, es en el sentido de destacar que no obstante se comparta un cúmulo de instituciones y aspectos diversos entre los miembros de una comunidad, deben estar siempre presentes la individualidad de los integrantes así como la privacidad que reclama la vida particular de los sujetos; Robinson (1984) por ejemplo, señala que lo más importante de una comunidad es que "dentro de ella pueda vivirse y se viva una vida individual", lo que concuerda con el criterio de Ferreira (1970), que entiende a la comunidad como un gran conglomerado de personas que viven individualmente dentro de numerosos tipos de grupos y en donde el nivel de experiencia comunitaria depende de la cualidad de interacción social que caracteriza a cada uno de estos grupos y de sus consiguientes interrelaciones.

Una añeja tesis promovida por autores de filiación marxista, sostiene que la estructura económica es el eje fundamental en torno al cual gira toda comunidad y la base para explicar las relaciones que se producen en su interior. Por el contrario, con evidente minimización por demás explícita respecto a la actividad económica -aunque con un agradable sentido estético-, J. A. Ríos (1984:80) escribe: "La comunidad es una forma social de inserción del hombre en el paisaje y un tipo superior de convivencia en el cual el factor económico apenas aparece como uno de los elementos formadores". El mismo Ríos describe a la comunidad como el espacio natural donde el hombre concreto vive una trama de relaciones y contactos íntimos y que constituido en grupo tiene iguales intereses y tradiciones que el resto de los integrantes, así como plena conciencia de la participación en ideales y valores comunes.

Asimismo, Anderson (1985:60) al referirse a la comunidad urbana, incorpora a los elementos hasta ahora referidos, uno novedoso y por demás sensible: el de la

memoria como una característica para identificar a las comunidades, puesto que esta última, nos dice Anderson, "es un lugar no sólo de actividad económica y de asociación humana, sino también un lugar en el que se centran los recuerdos, tanto individuales como de grupo".

La memoria colectiva es un poderoso vínculo que reúne a los hombres entre sí dotándolos de historia. El pasado compartido, el que fabrica recuerdos comunes y que se convierte en herencia de nuevas generaciones, es el emblema de una identidad que conjuntamente acumula rencores y satisfacciones para hacer del hombre un ser social al interior de un proceso cultural.

Para Ferdinand Töennies (1976) son los elementos de la cultura los que verdaderamente están determinando la base dinámica en que se sustenta toda comunidad. Dice Töennies: "la comunidad descansa en la armonía y se desarrolla mediante las tradiciones, las costumbres y la religión", sin que deje de llamar la atención que, en su definición, este autor distinga a la religión de otras instituciones igualmente cohesionadoras, y que la coloque como independiente de las costumbres y las tradiciones aunque en un mismo nivel.

De acuerdo al *Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud*, (SSA,1987:13):

Una comunidad es un conglomerado humano, residente en un área geográfica determinada, que tiene valores, patrones culturales y problemas sociales comunes, que pretende objetivos semejantes e intereses relacionados con el proceso de su desarrollo, que posee cierto grado de organización que le permite ordenar sus acciones y que cuenta con representantes o líderes formales e informales que coordinan la ejecución de las tareas comunitarias propuestas y constituyen el elemento de enlace y/o de negociación con otras organizaciones y con todo tipo de autoridades.

Para muchos autores, entre los que se encuentra Robert E. Park (1970:137) el elemento más significativo de una comunidad es la comunicación, ya que

mediante la comunicación los individuos comparten una experiencia común y mantienen una vida común. Y debido a que la comunidad es fundamental para la existencia de la sociedad, se puede decir que la geografía y todos los demás factores que limitan o facilitan la comunicación entran en la estructura y la organización.

Un autor de larga tradición en el ámbito de la sociología como investigador de la comunidad es Robert Mac Iver (1984:9), quien refiere que "cualquier círculo de gente que vive junta, que se relaciona entre sí, de modo que participa... en toda una serie de intereses suficientemente amplia y completa para incluir sus propias vidas, es una comunidad" . Para él, una comunidad es un foco de vida en común, el vivir común de seres sociales.

Con la revisión de las distintas definiciones que se han presentado hemos visto cómo, en mayor o menor grado, los elementos constitutivos de tales definiciones se repiten; también nos percatamos de que las gruesas variables de territorialidad o de grupo de personas que nos sirven para la identificación de la comunidad, pasan a un segundo término, cuando no se desvanecen, ante la ponderación que algunos de los autores citados hacen de aspectos diversos con base en criterios tan finos como el de los recuerdos, por ejemplo, o los que implican intercambio de afectos, como en la última definición citada.

La Organización Panamericana de la Salud (Alonso,1997:16) define a la comunidad como:

Un grupo de individuos concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio y con diversas formas de organización social, y que además comparten con diferente intensidad características socioculturales, económicas, y políticas, así como intereses, aspiraciones y problemas comunes entre los cuales se incluyen los referentes a la salud.

Jannette Hernández Briceño (1971:123) ha propuesto una interesante definición sobre el trabajo de campo que tiene pretensiones de hacer investigación en comunidad, dice:

En el trabajo de campo, el sujeto y el objeto de estudio y transformación son los mismos, no se pueden aislar o fragmentar sin el riesgo de perder la totalidad de perspectiva del proceso histórico. Por lo tanto es preciso utilizar una metodología que permita una praxis social, que posibilite la aprehensión cognoscitiva y la acción transformadora sobre lo concreto, global y sensible que es el mundo social. En consecuencia, la metodología del trabajo de campo debe comprender las técnicas necesarias para captar la totalidad de la materia, los detalles de ésta, y fundamentalmente de su desarrollo, su movimiento y su cambio.

Del breve recorrido hasta ahora realizado, y que es tan solo un mínimo segmento del vasto universo de apreciaciones emitidas sobre el vocablo en cuestión, podemos concluir que lo verdaderamente significativo para otorgar el rango de comunidad a un sector de la población, es la afinidad de valores, emociones, deseos, recuerdos, intereses, metas, hábitos, creencias, costumbres, tradiciones y, resumiendo, el cúmulo de símbolos y referentes empíricos de su cultura, que les son comunes en tanto que con ellos se identifican dotándose de unidad en común en la construcción de una misma historia.

La comunidad es el lugar donde anidan historias, algunas individuales y muchas otras compartidas y donde se construyen nuevas experiencias de afinidad que propician el sentimiento de haber participado en la conformación de las reglas, sobre todo informales en las que se mueve entusiastamente el grupo y que se desarrollan al interior de relaciones sociales espacial y temporalmente definidas. Todo lo cual dista mucho de centrarse en simples aspectos de contigüidad física o de formas de vida únicamente susceptibles de delimitación cuantitativa.

En la FES Z es frecuente referirnos a la zona en donde trabajamos como: "nuestra comunidad", "mi comunidad". Porque hacer nuestra la comunidad, es investigarla para participar de los referentes que le dan identidad. Pero participar de la

identidad de una comunidad no es abandonar los referentes propios para adoptar otros: los del grupo investigado, sino aceptar que existen formas y estilos de vida que contienen prácticas que respetamos aun cuando no las compartamos; que las reconocemos aun siéndonos ajenas; que de algunas de ellas nos valemos para incorporar propuestas; que de todas aprendemos siempre.

Reconocemos que en las prácticas cotidianas se encuentra la memoria colectiva y que ésta es un poderoso vínculo que reúne a los hombres y a las mujeres entre sí dotándolos de historia. El pasado compartido, el que fabrica recuerdos comunes y que se convierte en herencia de nuevas generaciones, es el emblema de una identidad que conjuntamente acumula rencores y satisfacciones para hacer del hombre un ser social al interior de un proceso cultural.

Realizamos TCSC 5 horas por semana durante 40 semanas al año y estamos dos años en cada comunidad, es decir, aproximadamente 400 horas. Tiempo que, en la vida de un joven universitario que se educa para atender la salud, puede significar un proceso de formación fundamental para entender el sentido profundamente humanista que debe corresponder a la práctica médica, no solo en la relación médico-paciente, sino en la capacitación técnica y científica que debe respaldarle para garantizar los beneficios de una práctica profesional.

Las comunidades a las que nos sumamos, no constituyen ni escenarios ni poblaciones sujetas a procesos de rehabilitación, corrección o intervención etnocéntrica (Serrano, 1990); más bien, constituyen oportunidades para el aprendizaje sensible, para la observación cuidadosa y para el trabajo sobre aquellos aspectos de la vida colectiva que las poblaciones estén dispuestas a modificar para mejorar sus condiciones de salud.

Nos queda claro que, una cosa es saber o creer saber lo que se investiga y se entiende: y otra muy diferente es saber o creer saber lo que es o puede ser útil para una comunidad.

En estas condiciones, me afilio a la proposición de Gómez Campos (1983:1307):

El maestro ya no debe ser aquel que desde lo alto de su cátedra, imparte conocimiento con la autoridad que le confieren sus títulos, sino el consejero que ayuda a descubrir. Su autoridad la obtendrá a partir de su disponibilidad para estimular la expresividad y la iniciativa de los alumnos. Por consiguiente, el proceso de formación debe basarse en los eventos de la vida real, debe recuperar las experiencias y las vivencias propias de los alumnos y utilizarlas como elementos básicos para la posterior elaboración, abstracción y conceptualización del mundo real. Esto requiere entonces, una estrecha articulación entre el maestro y la comunidad, lo ideal sería que aquél hubiera surgido de ella y ascendido paulatinamente al papel de maestro a través del largo proceso de experiencia continua y directa, y no a través de los actuales mecanismos formales, impersonales y burocráticos de profesionalización del docente.

A la cita anterior, podemos agregar que el TCSC es un proceso que establece la comunicación entre nosotros y las personas con las que interactuamos; pero también debe reconocerse que en esta interacción estamos favoreciendo la comunicación entre las personas de la comunidad, que, a través de actividades compartidas, instalan o refuerzan un sentido de pertenencia a la comunidad con vínculos diversos de diferente intensidad, proyección o trascendencia (dependientes siempre del tiempo en que se conviva) donde generalmente instala su vigencia el sentimiento de orgullo y dignidad por la afiliación consciente y voluntaria, que paralelamente siembra en el individuo la satisfactoria sensación de libertad al estar ubicado en una atmósfera de interdependencia que le brinda plena confianza para reconocerse a sí mismo a través de los otros, a los que los percibe como iguales, como "suyos", en un ambiente emocional de seguridad que le resulta familiar y le brinda afirmación.

Y esto puede suceder en el salón de clases, entre profesores y alumnos, entre nosotros y la comunidad, entre los habitantes de las poblaciones que visitamos llevando la representación de la UNAM... pero, formar la identidad y el sentido de pertenencia, puede también no suceder, a pesar de estar compartiendo

responsabilidades en ámbitos cotidianos. La participación resulta entonces fundamental cuando se asume como una decisión personal de inclusión; como capacidad para el desarrollo de la autonomía y dirección en la toma de decisiones; como autogestión.

5.4.2. Diagnóstico de salud comunitaria

Este se define como "la descripción y análisis cuantitativo y cualitativo de los problemas de salud de una colectividad, en el que se ponen en evidencia los elementos condicionantes y determinantes que intervienen –en el proceso salud enfermedad- en forma tal, que permiten una conclusión acerca de las causas emanando de ello un planteamiento para proponer alternativas de solución" (González. E., 1998:16-17).

De esta manera, las tareas del diagnóstico significan el desarrollo de funciones intelectuales al describir, analizar y proponer alternativas de solución(Hernández, J., 1994). Al referirse al diagnóstico de salud comunitaria, Ander Egg (1992) lo propone como la descripción y análisis cuantitativo y cualitativo de los problemas de salud-enfermedad de un grupo social o de una colectividad, en el que se ponen de manifiesto los elementos -condicionantes y determinantes- que intervienen en forma tal, que permiten una conclusión acerca de las causas que los producen emanando de ello un planteamiento para proponer alternativas de solución.

Para Ander Egg (1982), los diagnósticos pueden ser preliminares y resultantes. Los primeros constituyen una aproximación inmediata y ciertamente esencial para la identificación de problemas generales y para la puesta en práctica de medidas correctivas.

El diagnóstico resultante "es la conclusión del estudio o investigación de una realidad expresada en un juicio comparativo sobre una situación dada" (p.265). En

conclusión, dice Ander Egg, "el diagnóstico es el nexo entre el estudio-investigación y la programación de actividades" (p.267).

En el diagnóstico que realizan los estudiantes en el TCSC, se desarrolla un trabajo teórico-práctico que favorece el desarrollo de funciones intelectuales tales como: describir, analizar datos y proponer alternativas de solución. Como resultado del diagnóstico de salud comunitaria se elaboran los programas de intervención para promover el desarrollo comunitario. Estos programas se enmarcan en las políticas y estrategias de las instituciones de salud y de asistencia social prestadoras de servicios a población abierta, y en la normatividad jurídica contenida en la Ley General de Salud, en los Planes Nacionales de Desarrollo, en los Programas Nacionales de Salud y en programas específicos de las instituciones del sector salud y educativo.

Los propósitos del diagnóstico de salud comunitaria son:

- Conservación y procuración de la salud a través de las actividades de promoción y de vigilancia epidemiológica.
- Procuración de la atención médica preventiva mediante la detección temprana de riesgos y daños, promoción, información y educación para la salud.
- Procuración de la atención médica curativa a través del sistema de referencia y contrarreferencia entre las clínicas de la FES Zaragoza y otros servicios del sistema de salud.

Uno de los elementos fundamentales para elaborar el diagnóstico de salud, consiste en definir el tipo de indicador a utilizar. Entre los autores que revisamos para diseñar indicadores se encuentra el excelente trabajo de Schlaepher e Infante (1990), a través del cual, las autoras ofrecen un interesante análisis sobre el uso de indicadores y medición de variables asociadas al proceso salud-enfermedad en el contexto teórico de la epidemiología social.

En su trabajo, elaboran una amplia y compleja revisión de indicadores y los clasifican de acuerdo a la correspondencia que guardan con el individuo, su percepción frente a la enfermedad y el comportamiento que asume frente a ésta; indicadores que describen situaciones y respuestas sociales comunes frente al proceso salud-enfermedad; los soportes físicos en los que tiene lugar la práctica médica, sus formas internas de control y administración de la atención médica, y por último, se revisan indicadores que tienen como propósito evaluar las condiciones de salud de una población.

Muchos de estos indicadores, señalan las autoras, han sido elaborados por los especialistas de la salud pública, la epidemiología social y por expertos en la elaboración de estudios sobre especificación y ponderación de riesgos para el desarrollo de prácticas preventivas apoyadas en sistemas de información complejos.

Entre los procedimientos de medición convencionales se elaboran tasas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional, regional o local; por grupos de edad, por sexo; con carácter transversal o longitudinal, por ejemplo. La complejidad en el nivel de estos datos puede variar, sin embargo, en la actualidad se exigen explicaciones de contexto que den sentido a los valores numéricos. De tal manera que estas mediciones son relevantes cuando las asociamos a otros fenómenos tales como estructura, funcionalidad, eficiencia y eficacia de los recursos y de las instalaciones médicas; calidad, equidad y resultados objetivos sobre cobertura y atención médica, capacidad para detección de riesgos, elaboración de proyectos viables y formas para evaluar el impacto.

En este contexto se entiende por "riesgo" a la probabilidad de morir, enfermar o sufrir un daño a la salud, en tanto que "factor de riesgo" es una característica asociada a una mayor probabilidad de que este daño a la salud se presente. Backett afirma que el riesgo implica que la presencia de una característica o factor (o de varios) aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En ese

sentido, el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. Esta noción de riesgo deja abierto un abanico de opciones para la interpretación del proceso salud-enfermedad. En el plano académico se favorece el trabajo interdisciplinario, y en la planeación institucional, se puede hacer posible la coparticipación de varias instancias.

Otras mediciones de salud, mencionadas por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, utilizan escalas indirectas y diferentes a los criterios médicos, tales como las *escalas de estados de incapacidad* o las mediciones subjetivas sobre percepción, opinión o significado del estado de salud de una comunidad. Estas mediciones utilizan preguntas de respuesta cerrada o escalas de actitud y valoración de la enfermedad que dan cuenta sobre lo que los individuos expresan en torno al daño, dolor, incapacidad, expectativas y sentimientos frente a la enfermedad.

Estos indicadores sobre el *sentir* de la población favorecen la relación médico-paciente, paciente-institución y paciente-individuo, en la medida en que *el enfermo* no se separa de su subjetividad-corporeidad para dejarla a decisiones estructuradas fuera de su experiencia cultural, sino que, al dejarle voz a su malestar también se posibilita la generación de respuestas que liberan la angustia que produce el estado de indefensión, entendido como esa condición de vulnerabilidad en la que deja de tener sentido nuestra responsabilidad y participación frente al cuerpo, sus dolores, significados y representaciones.

Entre los indicadores más difundidos y aceptados en los medios académicos, se encuentran los *indicadores de salud positiva*. Estos indicadores se refieren a la búsqueda y evaluación de aquellas características del entorno físico y social, y su influencia en el desarrollo de las capacidades físicas y mentales de los individuos, o dicho de otro modo, se trata de ordenar y jerarquizar los factores sociales y

culturales comunes (condiciones de vida) con las características de salud-enfermedad de los individuos.

Los indicadores positivos de salud más importantes son los siguientes:

- Equilibrio en salud, son las características del individuo que incluyen desde la atención de su gestación, condiciones de su nacimiento, talla, peso al nacer, etc., hasta las características de sus interrelaciones sociales. Parte de un concepto de 'salud integral' y concede particular importancia a la capacidad que muestran los individuos para el desempeño 'favorable' de funciones cotidianas que conduzcan a establecer un índice cualitativo del término 'esperanza de vida global'.
- Potencial de salud, son todos aquellos datos que permiten evaluar la capacidad y condiciones reales de los individuos "para conservar o reestablecer el equilibrio de salud cuando se ve agredido por factores externos". Tiene que ver con la participación de los sujetos en el autocuidado de la salud, incluyendo actitudes de preservación de la salud, cuidado de la enfermedad y prevención de riesgos. Este indicador es muy importante porque incluye el despliegue de conocimientos, tradiciones y costumbres que dan cuenta de la trascendencia cultural del saber médico popular.
- Recursos para la salud. se constituyen por el conjunto de soportes físicos y otros apoyos logísticos para dar respuesta a la enfermedad. Se incluyen la cantidad, calidad y tipo de instituciones de atención médica, la información con que cuentan los individuos para seleccionar una estrategia de salud y las experiencias previas de los individuos, que en muchas ocasiones, son los elementos que determinan la decisión sobre el uso de los sistemas 'formales' de atención médica, o el uso de formas alternativas, o ambos.
- Condiciones de salud, son indicadores que se establecen para describir características sociodemográficas: empleo, vivienda, ingreso monetario y no monetario, educación, nutrición, acceso, consumo y calidad de los servicios públicos de los que disponen los individuos, entre otros. Estos datos son comparados con valores propuestos por el Consejo Nacional de Población

(Conapo), Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI) y con valores *ideales* propuestos por organismos internacionales y que conducen a establecer diferencias entre *calidad de vida* y *satisfacción de vida*. En términos de *calidad*, se pretende valorar el equilibrio de los medios y recursos del individuo con su entorno; la *satisfacción* se refiere a la evaluación que el individuo establece al comparar sus condiciones de vida con otros estándares o con sus propias expectativas.

Dentro de esta propuesta se consideran también otros elementos definidos como *agresiones a la salud*, que son todos aquellos fenómenos independientes de la voluntad del sujeto, pero que de manera directa o indirecta le afectan, tales como desastres naturales, fenómenos meteorológicos, contaminación ambiental, accidentes.

Entre los modelos más controvertidos para efectuar las mediciones en salud, se tienen los que se apoyan en los conceptos de *necesidades de salud* y *necesidades sociales*. Bradshaw (citado por Schlaepher e Infante, 1990), define las *necesidades sociales* desde cuatro perspectivas:

- Lo normativo, son las condiciones y situaciones deseables definidas por expertos.
- Lo sentido, son el conjunto de necesidades derivadas de la percepción de los sujetos y comunicadas en términos de satisfacción o insatisfacción de expectativas.
- Lo expresado, son todas aquellas necesidades que en general se traducen en demandas concretas de un grupo social que comparte situaciones semejantes.
- Lo comparado, son valoraciones que resultan de las diferencias que se establecen entre dos grupos y sus formas de vida.

Sobre *necesidades de salud*, se adopta el modelo de Anderson que considera:

- Necesidades percibidas: juicios elaborados por el individuo, la familia o incluso un grupo social y que parten de la identificación de lo conveniente, deseable o normal para rechazar lo inconveniente, indeseable o anormal.
- Necesidades no manifiestas: valores y estándares generalmente sugeridos por expertos.
- Demandas de servicios no satisfechas.
- Demandas satisfechas.

Por último, debemos considerar la posibilidad de análisis que permite el uso de indicadores como el de *Años de Vida Potencialmente Perdidos* (AVPP) propuesto en 1977 por Romeder que "se utiliza para estimar cuántos años se pierden en promedio por las muertes que pudieron evitarse de ser puestos en práctica los recursos tecnológicos de salud disponibles en la sociedad en el año en que ocurrieron los decesos... o bien el indicador de los *Años de vida Saludable Perdidos* (AVIS)... establecido a partir de "la combinación de la cuantificación de muertes prematuras con las secuelas o daños que provocan las enfermedades". El AVPP muestra los efectos límite y el peso que la enfermedad tiene sobre la sociedad, y el AVIS sirve para señalar la ausencia de medidas preventivas y como consecuencia de ello, los efectos en la discapacidad o muerte prematura entre la población.

Para finalizar, cito la propuesta de definición elaborada por Leticia Ferro (2003:3), profesora titular de epidemiología de la FES Z:

El diagnóstico de salud comunitaria se elabora bajo la visión holística de la salud que permite a las comunidades comprender el contexto socioeconómico y cultural de su entorno para ser buenos *tomadores de decisiones* y líderes de organizaciones de salud, capaces de hacer que los demás reflexionen para hacer bien las cosas, con creatividad, capacidad de autocrítica, capacidad para respetar acuerdos, evitar excesivas generalizaciones e individualizar los desafíos con inteligencia para elevar los niveles de bienestar. Las actividades van más allá del trabajo de escritorio y dependen del grado de compromiso y esfuerzo que realicen todos los involucrados.

5.4.3. Diseño y aplicación de programas de intervención

Después del diagnóstico de salud comunitaria, el protocolo de trabajo que se sigue determina el diseño, elaboración y aplicación de un programa de intervención en salud comunitaria. En este apartado sólo se hace una breve referencia pues existen documentos escritos que han elaborado algunos profesores para seguir el procedimiento (Ferro, 2003, Morales, 2003, entre otros)

Para el diseño del programa es indispensable haber discutido antes con la población sobre qué problemas se detectaron, conocer su opinión y tratar de comprometer la participación. Es el mejor momento para volver a ejercitar el recurso de la *imaginación sociológica*, que consiste en el despliegue de la capacidad intelectual del investigador para definir problemas concretos a partir de hechos concretos, y no de la elaboración de hipótesis de carácter libresco a comprobar.

En el diseño del programa se expresan, en primer lugar, los principales resultados del diagnóstico: el perfil sociodemográfico y la situación de salud-enfermedad de un grupo o una colectividad, los elementos culturales (costumbres, valores, tradiciones, formas de organización y participación) que determinan para una población su condición de bienestar y los problemas que le aquejan y los recursos de que dispone una comunidad para afrontar sus problemas. En segundo lugar, se definen las estrategias de promoción de la salud, que orienten la organización de los programas específicos de intervención con la intención de modificar el patrón de referencia.

Idealmente, un programa debe responder a los problemas detectados tanto en el ámbito de necesidades sociales como necesidades de salud, no obstante, en el caso de la FES Zaragoza, la prioridad es educativa y la atención de los problemas, contingente. Por tal razón, algunos de los principales programas de intervención no son esencialmente nuevos porque ya están definidos previamente en el plan de

estudios, en ese caso, el diagnóstico de salud comunitaria se constituye en un recurso de aprendizaje en primer lugar.

Ello no significa, que los problemas que se detectan no se atiendan, finalmente, el diagnóstico se basa en situaciones reales del país que los alumnos pueden verificar directamente e intentar soluciones muy concretas. Si bien su aplicación es un ejercicio educativo, su realización contribuye a identificar problemas, analizar la información con la comunidad y apoyarnos en la comunidad para plantear y realizar acciones conjuntas tendientes a la modificación de esos problemas.

Solamente propiciando la participación comunitaria se obtienen logros en el TCSC. La participación como una forma de hacer colectiva una tarea que importa por igual a los involucrados. No se trata de comprometer a nadie, se trata de generar un proyecto de compromisos donde cada quien asuma responsabilidades. La tradición mexicana en esta actividad es muy relevante.

5.4.4. Participación comunitaria

Algunos antecedentes sobre la noción de participación de la comunidad son de larga data; provienen desde las primeras explicaciones que suponen el carácter gregario de la naturaleza humana entendida como la necesidad de agruparse para cumplir con la tarea de sobrevivir.

Bajo los principios de la necesidad de protección, de construcción de identidad, de aseguramiento sobre la pertenencia a un grupo, sobre el principio de que los humanos somos intergenerativos, es que se construyen las bases societarias para la participación. Pero los procesos de institucionalización de la participación comunitaria, sus reglamentos y sus fines, son hechos más recientes. Algunas experiencias se han recabado de los llamados "centros vecinales" promovidos en Francia en el Siglo XVII.

En 1884 el canónigo inglés Samuel A Barnett promovió el "settlement" como un espacio de reunión para el trabajo comunitario: convocó a estudiantes de la Universidad de Cambridge y de Oxford para apoyar actividades sociales bajo el lema de *compartir y crear amistad*. Existen otras muchas agrupaciones como los Organismos no Gubernamentales y los grupos de autoayuda como el AA, que también son ejemplos de la participación social y comunitaria.

No obstante, la organización de la participación comunitaria definida como parte de las políticas públicas es más reciente. Un ejemplo lo encontramos en el Siglo XX, cuando en Brooklyn (Nueva York), se crearon los clubes para gente trabajadora en 1912. El éxito de esta empresa llevó a su creador Richard Slavson, a proponer en 1940 la configuración de los grupos terapéuticos, que luego fueron considerados como un método de trabajo con la gente. Ya en estos grupos se definía que el objetivo de la participación no era, de primera intención, el de solucionar los problemas; sino el de promover el estudio, análisis y elaboración de propuestas de trabajo para capacitar a las personas en posibles soluciones de carácter individual o colectivo (Margadán, 1963).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1981 definió la participación comunitaria como "el proceso educativo por el que se encauzan los conocimientos, cultura, entusiasmo, recursos y fuerza de trabajo de la comunidad para mejorar la planificación y ejecución de los programas sanitarios". Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dice "la participación social es el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria". (OPS, 1988:35).

Asimismo, se entiende por participación comunitaria: "la influencia sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y de las

instituciones sociales, donde participar significa tomar parte de algo con otros, repartir o entrar activamente en la distribución... es la presencia simultánea de personas cuyos comportamientos se influyen mutuamente, lo cual requiere elementos organizadores y reglas que permitan agregar las decisiones individuales en decisiones colectivas... es un proceso de reapropiación por la población del conjunto de instituciones que regulan las acciones de la salud". (Boletín de la OPS, 1990:48).

La atención de la OPS es más enfática en términos metodológicos pues define problemas y acciones de acuerdo a relaciones y procesos. Por ejemplo, define que los espacios de participación son ámbitos sociales donde se producen relaciones materiales y simbólicas que permiten la interacción y la identificación de los diversos actores sociales promoviendo la diversidad y la tolerancia; por otro lado, acepta que los individuos y los grupos desarrollan estrategias que motivan la participación entre ellos, tales como el intercambio cotidiano de saberes, la deliberación, la toma de acuerdos y de compromisos que les permiten planificar racionalmente sus acciones en común.

El proceso exige investigación y conocimiento sobre los recursos, las actividades, los intereses individuales y sobre las situaciones en conflicto, de modo tal que sea posible crear las condiciones para operar un proyecto conociendo de antemano las condiciones para su realización y logrando definir metas y resultados por cada etapa.

La OPS define como etapas de la participación comunitaria, las siguientes:

- Reconocimiento y priorización de problemas y causas
- Selección de alternativas de acuerdo al curso de las acciones
- Atribución de responsabilidades
- Ejecución y control de decisiones
- Evaluación de productos

- Consecuencias

Choudhury (1981:207), define Participación Comunitaria (PC) como:

La contribución de la comunidad en efectivo y en especie para el establecimiento y el funcionamiento de los centros de asistencia social familiar (...) en los que la población debe participar en la planificación, el desarrollo, la gestión y la evaluación de los programas de atención primaria de salud". Lowell, acota: participación comunitaria es el proceso en virtud del cual la población interviene por su cuenta en la promoción de la salud y en la prevención, detección y el tratamiento de las enfermedades (...) realizando funciones de mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades, autodiagnóstico, automedicación y autotratamiento y participación en el uso de servicios profesionales.

Cuando hablamos de PC debe quedar claro que las poblaciones son entidades vivas, no permanecen inmutables, no esperan a los redentores, no dejan de pensarse, ni dejan de actuar en términos de buscar el mayor beneficio posible; en este sentido, puede decirse que la participación comunitaria es un asunto de sobrevivencia para un grupo de acuerdo a las necesidades, compromisos y responsabilidades de protección en común y a partir de las representaciones culturales que les son afines.

En cualquier grupo o cualquier comunidad se establecen patrones de relación, intercambio, conflicto, negación, solidaridad, rechazo, etcétera; algunas de estas relaciones llegan a instituirse como normas de sociedad y otras se eliminan o se reservan para la exclusividad de la vida privada.

Todo lo que en un grupo se realice o deje de realizarse en realidad constituye un modo de participar, una forma de expresar experiencias culturales y por lo tanto representaciones de la vida social. La participación también es un asunto de ética cuando se involucran los valores y las convicciones acerca de la libertad, justicia, solidaridad, el bien común, el respeto al otro; y se traducen en reglas morales, en acciones de convivencia, de involucramiento, compromiso y tolerancia.

Bajo estas características la participación limita las tensiones en un grupo, mejora la comunicación y comprensión de los problemas, cohesiona a los grupos, identifica a sus miembros, es en suma, un ejercicio de democracia por el que cada persona opina, discute y puede comprometerse al logro de un fin común. Mediante la participación es posible abrirse al sentido común colectivo para reunir y analizar las alternativas más diversas.

- **Participación comunitaria en Salud, el caso de México**

En México se han buscado los mecanismos para impulsar la participación comunitaria como una estrategia constituida por: ámbitos de acción, objetivos, metas concretas, líneas operativas, recursos y un sistema de seguimiento, supervisión, control y evaluación.

Es en el Programa Nacional de Salud 1984-1988, cuando se hace explícita la definición del concepto, además la PC se constituye en una de las cinco estrategias esenciales para la realización de los 13 programas sustantivos del programa (las otras 4 estrategias eran: descentralización, coordinación sectorial, coordinación extrasectorial y modernización administrativa).

En este contexto, es que el entonces secretario de salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo, determinó la obligatoriedad para que todas las dependencias del sector salud se ciñeran al *Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud*, mismo que se consideró como programa de alta prioridad. Este programa se apoyó en la tradición sanitarista mexicana que había logrado éxitos notables en diversos momentos, tales como:

- Las campañas contra fiebre amarilla, tifo, paludismo y viruela que se realizaron en 1921.

- En 1935 durante el Primer Congreso de Higiene Rural se propuso la creación de los Servicios Rurales Cooperativos y un año después ya se habían instalado 34 servicios en 20 entidades federativas.
- En 1953 la SSA creó el Programa de Bienestar Social Rural que desarrolló el cultivo de huertos familiares, construcción de letrinas, mejoramiento de la vivienda y cuidado de los animales domésticos. Asimismo, se realizaron tareas de protección materno-infantil, servicios médico-asistenciales, promoción socioeconómica y de mejoramiento de la alimentación popular, promoción educativa y cultural y saneamiento ambiental.
- El Programa Nacional para el Desarrollo de la Comunidad Rural fue impulsado en 1964 a través de la cooperación entre la SSA y la Compañía Nacional de Subsistencia Populares (CONASUPO). Las comunidades campesinas aportaron el trabajo para la construcción de unidades rurales de salud y las instituciones aportaron raciones alimenticias.
- En 1971 se creó el Programa de Extensión de Cobertura para atender a comunidades de 500 a 2500 habitantes. A través de este programa se crearon las casas de salud atendidas por un comité local de salud en el que participaba un miembro de la comunidad. Los programas que atendían eran: vigilancia epidemiológica, vacunación, atención médica elemental, higiene materno infantil de primer nivel, educación higiénica, promoción del saneamiento y desarrollo de la comunidad.
- Durante el sexenio 1970-76 se formuló el Plan Nacional de Salud que concibió algunos programas dirigidos a la comunidad, entre ellos: el Programa Campesino de Orientación Familiar y el Programa de Servicio Social Voluntario. Durante este período se otorgó prioridad a la estrategia de Educación para la Salud.
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) quedó constituido en 1977 y uno de sus primeros programas fue el de Desarrollo de la Comunidad con el enfoque de educación para la salud y capacitación de la población para la integración de comités de promoción social, se propuso el Programa de Puericultura en Áreas Marginadas y se dio a conocer el Programa Nacional de Alimentación, que entonces tuvo gran aceptación y apoyo federal.

- El Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, más conocido como IMSS-COPLAMAR, se estableció en 1979. Este programa fue propuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas (COPLAMAR). La ampliación de la cobertura en la atención médica de primer nivel y la capacitación de la población para la prevención de enfermedades, fueron ejes de este programa, algunas mujeres recibieron adiestramiento para atender los partos y para reconocer algunos de los datos más importantes sobre enfermedades comunes.
- En 1980 se formuló el Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes. Nuevamente el problema de la extensión de cobertura era un asunto prioritario del programa, al que se sumó la propuesta de incluir a las comunidades en actividades de saneamiento básico, nutrición, prevención de enfermedades y detección y atención de personas enfermas a través de un comité de salud formado por vecinos del lugar.
- Entre 1980 y 1985 se siguieron desarrollando los Programas de Acción Sectorial que ponen énfasis en la “participación consciente y activa de la comunidad en el cuidado de su salud” y en la responsabilidad del sector salud para otorgar prioridad a las acciones de educación para la salud.
- En 1985 se dio impulso al Programa Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta, en el que se reconoce de manera explícita, la necesidad de otorgar autonomía a las comunidades para la planeación, ejecución y evaluación de los programas de salud. Por primera vez se dice que la participación debe ser un proceso planificado cuya responsabilidad deviene de la comunidad y que sólo corresponde al equipo de salud la coordinación de esfuerzos.

El marco jurídico de la participación de la comunidad en salud quedó establecido en los siguientes documentos:

- Artículo 4º, capítulo primero, título primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- Artículos 5°, 6° y 7°, capítulo primero, título segundo y Artículos 57, 58, 59 y 60, capítulo V, título tercero de la Ley General de Salud.
- Artículos 44, 45 y 46, capítulo tercero de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social
- Artículo 20, capítulo tercero de la Ley de Planeación.
- Artículos 232 y 239 capítulo único, título cuarto de la Ley del Seguro Social.
- Artículo 47, capítulo dos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- Acuerdo de coordinación para la integración orgánica y la descentralización operativa de los servicios de salud a población abierta a los Estados.
- Decreto por el que se descentraliza a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la SSA en los Estados y los que dentro del programa IMSS-COPLAMAR proporciona el IMSS.

El *Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud* (SSA, 1987:7-11) dice en su introducción:

La unión común entre individuos para enfrentar con éxito los retos existenciales, es la esencia misma de la organización social...Quienes verdaderamente previenen los daños a la salud, son los propios seres que constituyen los diversos conglomerados humanos. En consecuencia, la salud pública es sólo un mito si no cuenta con la participación social organizada, permanente, consciente y bien informada, y si el Sector Salud en su conjunto no apoya, promueve y estimula decididamente, que tal participación se dé como componente cotidiano del desarrollo existencial de los seres humanos.

Según este documento, se entiende que la participación comunitaria "implica realizar actividades permanentes que, controladas y dirigidas por el personal de salud del primer nivel de atención, permitan identificar las necesidades y demandas que en aspectos de salud tienen las diversas comunidades del país; las prioridades que en ese sentido deben resolverse, las opciones estratégicas que conviene llevar a cabo; el diseño, ejecución, control y evaluación de las acciones que se emprenden para dar solución a los problemas planteados y muchas otras cuestiones relacionadas con la operación de los programas y la prestación de los

servicios, de tal modo que la propia comunidad haga suyas tanto las inquietudes y necesidades, como la solución planteada de los problemas sanitario-asistenciales que confronta". (Ibidem. p. 14).

El programa define como estrategias básicas del proceso de participación comunitaria, las siguientes:

- La selección, reclutamiento y capacitación de grupos humanos que en forma voluntaria participen, al lado de las autoridades civiles y sanitarias, en la realización de programas de medicina preventiva, de saneamiento básico y de tareas simples de atención médica en los lugares donde viven.
- La formación de comités de apoyo a la salud en las dependencias federales, paraestatales, estatales y municipales, así como en el seno de toda clase de organizaciones sociales ya sean de carácter público o privado o de nivel nacional, estatal y municipal.
- La celebración de convenios de concertación de acciones con organizaciones sociales de rango nacional, estatal, municipal y de las comunidades en general.
- La formación de comités de apoyo a la salud en los asentamientos humanos de áreas urbanas y rurales (aceras, manzanas, colonias y sectores, delegaciones políticas, barrios, poblados, rancherías, etc.).
- La celebración de convenios que coordinen acciones entre federación, estados y municipios y que impulsen la participación comunitaria.
- El trabajo sectorial debidamente coordinado para el desarrollo del programa.
- La concertación de acciones con los demás sectores que sirvan de impulso a la realización del programa.
- La formulación de programas estatales de organización participativa de la comunidad en salud y designación de los responsables de su ejecución a nivel estatal y jurisdiccional y de centros de salud.

La participación comunitaria no es sólo un conjunto de acciones de la población en respuesta a un programa social o al llamado del gobierno. La participación es en

realidad una acción política, y por lo tanto, el carácter de su emergencia e importancia radica en la construcción de espacios donde se obtienen beneficios para quienes se involucran en una organización o grupo en tanto que la autoridad formal o informal se fortalece porque así cumple su cometido social.

En este sentido, participación es ante todo, un proyecto de carácter instituyente que exige del conocimiento y la sensibilidad de la población para involucrarse en los asuntos de gobierno asumiendo tareas y compromisos, encargados de su ejecución, para diseñar y evaluar sus propias acciones, promover cambios, formular estrategias concretas e institucionalizar prácticas de servicio a la comunidad.

La participación debe ser un llamado a la organización de la sociedad civil. Como convocatoria debe ser general; como política debe ser racionalmente planteada para adjudicar a cada individuo, grupo o sector, niveles de responsabilidad y realización de tareas diferentes.

La participación comunitaria logra alcanzar otros propósitos como: la creación de mecanismos que favorezcan los enlaces interinstitucionales que apoyen programas de educación y fomento de la salud; para la concertación de compromisos con el sector privado promoviendo el financiamiento de programas de salud; para establecer un instrumento de vinculación entre los actores sociales y para comprometer un proceso de sensibilización y toma de conciencia sobre la responsabilidad ética y moral que corresponde a los servidores públicos para profesionalizar su desempeño laboral.

La participación comunitaria en el contexto de las nuevas propuestas sobre promoción de la salud, recibe el nombre de *empoderamiento*. Es decir, que las acciones de los individuos para la organización y gestión de proyectos encaminados a lograr mejores condiciones de vida, puede constituir una nueva

alternativa para ejercer un derecho y una obligación ciudadana cuando se beneficia una población porque existe capacidad de movilización.

Mediante el TCSC, los grupos de trabajo de la FES Z, nos encontramos en la posibilidad de elaborar las más diversas convocatorias para motivar el sentido de pertenencia e identidad de las comunidades a las que asistimos, pues es a través de la comunicación entre los habitantes y los estudiantes que se conocen los problemas y son ellos los únicos actores protagónicos para ejercer verdaderos cambios en su entorno físico y social.

6. La comunidad de Canteras del Peñón La Joya (CPJ)

*La ciencia se construye con hechos,
de la misma manera que una casa se levanta con piedras,
pero una colección de datos no es una ciencia,
lo mismo que no es una casa un montón de piedras.*

Henry Poincaré

6.1. A las Canteras del Peñón se llega por azar

La primera vez que llegamos a la Cantera del Peñón La Joya, fue por azar, sin plan, sin intención.

En noviembre de 1994 hacíamos un recorrido por la zona aledaña a la FES Zaragoza para identificar algún nuevo asentamiento humano en la zona, susceptible de constituirse en área de estudio para el trabajo de campo en salud comunitaria. Después de 18 años de realizar actividades de campo sentíamos agotado el espacio geográfico, y, a pesar de que muchas colonias nuevas se habían estado fundando desde la creación de la FES Zaragoza, teníamos la certeza, mapa en mano de que prácticamente habíamos incursionado en todas ellas. De manera tal que, insistir en encontrar territorios vírgenes para la nueva conquista, era en realidad, una empresa difícil.

No obstante, a 5 minutos de las instalaciones del Campo II, miramos tras la barda de una casa la entrada-salida de una pendiente del Cerro del Peñón del Marqués, que en otro tiempo había sido vereda-camino para llevar la riqueza mineral y pétreo del vientre del volcán hacia la superficie y de allí hacia las compañías constructoras y otras empresas dedicadas a la industria de la vivienda. La compañía extractiva había logrado permanecer por más de 15 años socavando el monte y después de horadar y explotar la riqueza del lugar había dejado como testimonio del destrozo: un socavón, una cavidad húmeda, una cantera, un lugar semimuerto; es como 'una ollita' me decía Enrique Aguirre

Huacuja, compañero de la FES Z. Una ollita, efectivamente, un recipiente donde se cocinaba la vida todos los días.

Leticia Ferro, médica cirujana egresada de la primera generación de la FES Zaragoza, venía de realizar estudios de especialidad en epidemiología social y como profesora titular del área de epidemiología y salud pública de la carrera, aceptó la complicidad por decidir el descenso a la cantera. Ambas decidimos desafiar la *Ley de Gravedad*, el desconcierto y el temor que nos producía el acercamiento al lugar. Desde donde mirábamos, era posible darnos cuenta de la precariedad en la construcción de las viviendas, de la falta de drenaje, pavimento, agua, luz. Por la dimensión del asentamiento, era evidente que no se había producido recientemente y ello nos cuestionaba la tarea de no haberlo visto antes, si estuvo siempre. Estando en la entrada-salida-pendiente dudamos en seguir; el acceso era escarpado, estrecho, resbaladizo, con muchas piedrecillas de tezontle que ya eran casi redondas y muy brillosas de tanto subir y bajar.

No había forma de asegurar los pasos, tampoco existían apoyos a los lados y de caer tendríamos que recorrer rodando o dando tumbos, al menos 10 ó 12 metros hasta encontrar un descanso. Finalmente no fue tan difícil, llegamos al descanso con un saldo poco importante: los tacones rotos de los zapatos de Leticia, que fueron muy útiles para atorar sus pisadas; y un resbalón de último momento que afectó más mi orgullo atlético que el moretón aparecido pocas horas después.

Miramos alrededor y nos dimos cuenta que las laderas del cerro ya estaban casi por completo invadidas por nuevos asentamientos que no habíamos registrado ya que la colonización se hacía en lugares poco visibles y a una gran velocidad porque los terrenos se ocupaban conforme los colonos percibían donde ya no se podía usar más dinamita para la extracción del material. Habían otros lugares en donde era evidente que la colonización de nuevos habitantes le estaba ganando en tiempo a la compañía privada.

También con sorpresa nos vieron bajar los colonos y en unos cuantos segundos nos abordó una vecina del lugar. Ella tenía influencia en la comunidad y reconoció a la Dra. Ferro porque había sido atendida médicamente por ella en una de las clínicas de la FES Zaragoza. Por ella conocimos a una de las líderes más importantes del lugar, la señora Carmen Dávila, quien de inmediato registró nuestros datos en una libreta y preguntó sobre cuál era el interés que teníamos al haber llegado allí.

Hicimos resumen de nuestros propósitos académicos y del compromiso que tiene la UNAM con su sociedad en el sentido de extender los servicios y el conocimiento al mayor número de personas. Atenta a nuestro dicho, hizo más anotaciones en su libreta y nos pidió una firma para dejar constancia de que estábamos comunicándonos *los de afuera con los de adentro*. Cuanta persona llegara a la *comunidad*, debía presentar su identificación, declarar los propósitos de su llegada y asentar su firma. La señora Dávila, meses después, nos mostró su archivo: 12 libretas (del llamado tamaño *profesional*) que contenían sus más recientes registros.

Salimos de la cantera con mucha más facilidad que como entramos, la señora Carmen nos acompañó y al despedirse mencionó que estaría expectante a nuestro trabajo y que seguramente también sería bienvenido por la población. Ella se encargaría de comunicar a sus vecinos para promover la cooperación y la participación en el trabajo comunitario.

Decidimos iniciar el TCSC para enero de 1995 y empezamos con el acopio de información sobre el lugar y en marzo regresamos a la cantera con el grupo de profesores y alumnos para iniciar el programa de trabajo de campo en salud comunitaria. A continuación se describen los procesos y resultados de esa actividad, que en algunos de sus componentes sigue vigente hasta el día de hoy: 30 de septiembre de 2003.

6.2. De la cima del Tepepulco a la zanja del Peñón del Marqués

*La sociedad y la naturaleza
componen sus armonías
de sus contradicciones*

E. Castelar

Una cantera de mina es resultado de la horadación, de la explosión que se urde desde la oscuridad de la masa que forma la tierra que sostiene y se sostiene de raíces de árbol, hasta el alumbramiento del vacío que se queda desnudo mirando al sol. Cuando se hace la cantera, se pierde la vida de los animales que comen de la tierra y de otros animales que la pisan y calientan; el aire cambia sus rutas y el agua se seca. La cantera es un residuo, es un agujero, es un piso muerto; lugar desolado, siniestrado. Las canteras del Peñón del Marqués en la Delegación Iztapalapa, son rojas por el color que tiene-tuvo su monte de tezontle, lo que queda después del ecocidio. Canteras del Peñón la Joya (CPJ) es el nombre de una colonia perteneciente a la IV subdelegación territorial de Iztapalapa. Se ubica en el sector oriente de la delegación y en la porción sur y sureste del cerro.

Esta colonia inició su fundación hace aproximadamente 32 años en el sitio original de la grieta que diera origen al volcán-monte, y desde la grieta, en el socavón, se formó una urdimbre de casas acomodadas como las piedras que estallan, con el azar de la incertidumbre y la oportunidad a ciegas. Se pobló de noche, a hurtadillas; sólo con esa extraña luz que tienen algunos cuerpos cavernosos. Quien se acerca y entra a la colonia no miente si dice que lo vive como una expedición, como un viaje de investigación sobre un sitio desconocido aunque se le mire en su semejanza a otras colonias pobres. Caminar hacia la cantera, pensando que fue el monte de piedra escarpado, monolítico, floreciente en tiempos del rey nahua Izcoatl (1427-1440) y mirar el gran hoyo como si fuera el vientre de un sacrificado, es penoso y triste.

En tiempos de aquel reinado los antiguos mexicanos le llamaban Cerro Tepepulco y tenía el lugar de privilegio por su vista completa al Valle de México; su conexión costillar con otros de su especie se habían constituido en las elevaciones geológicas más importantes del grupo volcánico Chichinautzin. Tepepulco era un monte florido, con aguas manantiales, guarida de ocelotes, zarigüeyas y víboras; lugar de árboles crecidos como los eucaliptos y los pirules donde lo mismo hacían nido alto las águilas que los chichicuilotitos escondidos en los nudos de los troncos-ramas.

Cerro Tepepulco, es nombre nahuatl que significa "en el lomerío", "en el conjunto de cerros". Las indagaciones que al respecto ha realizado el Profesor José Sánchez, (profesor de Psicología de la FES Zaragoza y miembro del Círculo Tepepulco) le permiten afirmar que Tepepulco era un lugar de paseo donde Moctezuma II había dispuesto un jardín de plantas medicinales y de ornato. Ha dicho que el lugar era muy apreciado por su manantial de aguas termales y por su ubicación geográfica que les permitía a los mexicanos controlar una amplia extensión entre Iztapalapa y Texcoco. En pleno florecimiento, Iztapalapa fue sitiada y atacada por las huestes de Cortés en 1520. En el Cerro Tepepulco se ofreció resistencia, no obstante, Cortés holló el lugar y lo rebautizó como el Cerro del Peñol del Marqués, actualmente se le conoce simplemente como el Cerro del Peñón o Cerro del Peñón Viejo.

El cerro ha sido explotado desde hace muchos años por negociantes de materiales de construcción, dejándolo en una de sus porciones completamente horadado, incluso por debajo del ras del suelo. En la cantera se observa, casi en su totalidad, el suelo desprovisto de capa vegetal y los habitantes que allí se asientan deben sortear las dificultades que exige un terreno irregular topográficamente, pedregoso y seco.

Actualmente, la desnudez del sitio es notable y hace mucho tiempo que se perdió la mayor parte de su flora y fauna natural. Quedan pocas especies de

murciélagos que todavía anidan en las innumerables cuevas que a veces sirven de casa o de refugio; ocasionalmente, uno de esos pequeños mamíferos llegan a confundir el nido y los hemos visto por algún pasillo de la facultad. Asimismo, profesores de la FES Zaragoza me cuentan, que siendo jóvenes escalaron por el cerro, que allí pasearon, se trajeron cerámica y objetos de barro muy antiguos y que llegaron a toparse con tlacuaches, víboras y zorrillos. No puede haber duda, muchas relaciones se producen por la cercanía y los intercambios.

El Tepepulco es hoy, un monte viejo y vencido, es un rompecabezas de polígonos irregulares y taludes fracturados e inestables; seco, arrebatado de su estirpe milenaria. Los habitantes recién llegados hace 32 años, ocuparon la porción centro del cerro, que era la primera cantera de tezontle explotada por la compañía privada de material de construcción. Los colonizadores son los habitantes, allí permanecen y ahora son semilla, raíz y raigambre de ese monte. La posesión del suelo nunca se legalizó y esta situación ha permanecido como una de las más importantes preocupaciones de los habitantes.

CPJ forma parte de las muchas colonias que se formaron en Iztapalapa entre los años 1960 y 1970 no sólo con la tolerancia de las autoridades, sino también como residuo de la forma corporativa de hacer política y ganar prebendas para los ciudadanos afiliados a grupos y partidos políticos. En el marco de las clasificaciones que las ciencias sociales acostumbraban hacer por aquellos años, CPJ puede definirse como una zona urbano-marginal constituida por un asentamiento irregular. En la colonia no existen nombres en las calles y sólo algunas viviendas cuentan con número exterior. A la topografía irregular del suelo corresponde una distribución de la población igualmente irregular.

Después de resistir todas las penurias posibles cuando se carece de agua, luz, drenaje, abasto de alimentos durante 27 años; en 1998, el gobierno del Distrito Federal encabezado por Rosario Robles apoyó el inicio de las primeras obras para la instalación de servicios básicos: agua entubada, drenaje, pavimentación

y alumbrado público y para el año 2002 la mayor parte de la población contaba ya con estos servicios.

Asimismo, las autoridades delegaciones utilizaron la tradición comunitaria sobre la participación y el trabajo colectivo de los habitantes de CPJ y rápidamente se fueron modificando las características de construcción de las viviendas, otrora, muchas de ellas levantadas con materiales de deshecho, láminas de cartón, suelo de tierra, e incluso, algunas de ellas se encontraban semi-enterradas. Actualmente, se han levantado casas firmes, con ladrillo, varilla y cemento; con paredes y techos que protegen de las inclemencias del tiempo, muchas están pintadas de colores y lucen en sus fachadas, un balcón, una cornisa, una jaula de pájaro o una maceta llena de flores.

Desde el levantamiento censal de 1990, la colonia Canteras del Peñón La Joya fue enmarcada en un trazo poligonal, al que el INEGI le asignó la clave 045-A como Area Geoestadística Básica (AGEB). La colonia carece de un trazo urbano convencional presentando tres vías principales de acceso que corresponden a las calles: Banda Álvarez, Congreso de Apatzingán y Av. Exploradores Ejército de Oriente. Según informe geológico elaborado en 1989 por la Dirección General de Reordenamiento Urbano y Ecología, del Departamento del Distrito Federal, la zona se describe como un sitio de alto riesgo para edificación de la vivienda pues presenta "taludes inestables, de forma irregular y fracturados..."

6.3. De la zanja a la trinchera

*...tomar las piedras y crear montañas, crecer ideas,
nacer razones, vencer pobreza,
brindarle espíritu al momento de la vida,
dolerse el tiempo para andar digno de rumbo,
pasión entera, realidad junto del sueño,
hombre y mujer: piel de anhelos.*

M. Antonio Rojas

6.3.1. Aduñarse de la casa: tarea femenina

Canteras del Peñón La Joya se fundó en la época que caracterizó a la Ciudad de México por un importante y no planificado crecimiento urbano hacia las zonas periféricas al Centro Histórico. En esa época se impulsaron importantes proyectos para la edificación de la vivienda popular o de "interés social"; no obstante, la vivienda siendo un bien fundamental, siempre ha sido un bien escaso para los habitantes de la Ciudad de México, por lo que los asentamientos irregulares han llegado a constituir procesos de autonomía de la población para fincar un lugar donde vivir, o movimientos organizados por organizaciones políticas que aprovechan la necesidad de vivienda de la población más pobre.

Por aquel entonces (1960-1970), el territorio de Iztapalapa padeció un proceso de crecimiento poblacional que invadió pueblos, chinampas y ejidos hasta modificar radicalmente el uso del suelo que tradicionalmente había sido para el cultivo de frijol, maíz y hortalizas, para ahora dar cabida a un proceso de urbanización intenso y desordenado. Ventas ilegales, invasiones y disputas por la posesión de predios, constituyeron condiciones para el surgimiento y fortalecimiento de innumerables grupos políticos como *Antorcha Campesina* o *Frente Popular Francisco Villa*.

De las primeras pobladoras de CPJ, conocimos a la señora Antonia N., originaria del Estado de Oaxaca, que cuando tenía 69 años de edad llegó a la cantera y lentamente fue introduciendo material (láminas de cartón,

desperdicios de otras construcciones y algunos tabiques), para fincar su pie de casa, a pesar del acordonamiento de granaderos que durante 1969 permanecieron alrededor del Cerro del Peñón con órdenes de evitar el asentamiento de grupos humanos.

La señora Antonia N., llegó a la cantera sin más pertenencias que la férrea voluntad de hacerse su casa, una casa. Ella platicaba de cómo elegía y juntaba las piedras para calcular el tamaño de su finca y afirmar su lugar de domicilio; otras piedras servían de refugio para dormir y calentar la guarida. Al principio, ella se escurría entre los granaderos hasta que poco a poco, su tenacidad y el café con pan que obsequiaba a los militares, le ayudaron en sus negociaciones para introducir otros materiales que le permitirían completar la meta.

Decía: "entonces había víboras, alacranes y topos, explosiones constantes en la mina y no se si tenía más miedo de ser aplastada o morirme de soledad durante las noches". Después, los hijos de Antonia y otras familias fueron llegando a la cantera para fincar su "pie de casa", en medio de toneladas de piedras y al cubierto de las laderas del cerro. *Cuando se trata de sembrar casas, las mujeres son las más expertas arquitectas, porque esa es una de las encomiendas femeninas*, comentaba Alfredo Alcántar Camarena, profesor de la FES Z.

Decía también la Sra. Lucía N., hija de Antonia, que las explosiones apenas callaron en 1992, momento a partir del cual, la colonia ahora luce "bonita"; sobre todo, porque han logrado la electrificación en buena parte de las viviendas - aunque sea *estando colgados* dice ella-. La colonia se ve mejor porque las piedras las han orillado para abrir calles por donde las pipas pueden llegar a algunos sitios para surtir de agua, por eso, dice Lucía: "las mujeres que recientemente se han mudado a la colonia ya llegan *como reinas*" pues las dificultades de acceso a la zona, en su opinión, han disminuido notablemente.

Fueron llegando otros pobladores, la apropiación fue paulatina y lenta, con recelo; ocupando primero las orillas para aprovechar el cobijo de las laderas del cerro; fue una ocupación subterránea, acarreado las piedras de noche, trayendo piedras de otros sitios porque las de tezontle son porosas y se destruyen fácilmente; amontonando cartones y desperdicios, desinfectando la tierra de su vida natural y marcando el territorio con los aromas de comida fresca. Fue una apropiación con acuerdos entre sí para la protección de todos; con vigilancias de 24 horas; con la convicción de hacerse dueños del suelo, con la complicidad de granaderos que a cambio recibían comida caliente y sonrisas agradecidas.

El trabajo de construcción era nocturno y peligroso pues el lugar estaba plagado por serpientes e insectos venenosos, además, las explosiones en otros sectores de la mina resplandecían el cielo con estallidos sordos que anunciaban el vuelo y el arrojo de las piedras, como en los primeros tiempos de creación del volcán.

Así, mientras en una zona se destruía la materia organizada, en otro lugar, se sembraban casas con las manos de las mujeres y las voces de los niños. Las mujeres también fueron las primeras en convocar a la participación social. Tiempo después, levantaron acta notarial para constituirse en organización civil y tener representación legal para reclamar la propiedad del suelo y la introducción de servicios públicos.

La importancia que tradicionalmente las mujeres otorgan al lugar de residencia, es clave para explicarnos el arraigo de la población en CPJ: "aquí llegamos, aquí hemos sufrido mucho para tener lo que tenemos y aquí seguiremos, porque esto es nuestro y si nos salimos cualquiera lo puede aprovechar". Estas son palabras de María Rocha que otras mujeres comparten porque durante mucho tiempo han trabajado por su casa-colonia y los cambios que han logrado merecen ser atesorados.

CPJ es un suelo conquistado por mujeres, arrebatado a la empresa privada, desvinculado de la lógica del poder. CPJ es una comunidad expectante que también cree en la legalidad y busca la protección jurídica que le otorgaría el carácter de propietario; es una comunidad que se relaciona con organizaciones sociales y con partidos políticos, que se moviliza y hace peticiones por oficio y marchas por el compromiso de hacerse siempre presentes.

Los y las habitantes

CPJ siempre ha sido una comunidad pequeña, autogestiva, con fuerte arraigo al suelo, con valores culturales semejantes, por lo menos con lo que respecta a su experiencia de poblaciones migrantes del campo-ciudad, donde se fomentan actividades de relación común a partir de la defensa del suelo y la lucha por la obtención de los servicios públicos. Pero estas poblaciones también son heterogéneas por el lugar de origen de los habitantes, que no sólo se arraigan a la nueva propiedad, sobre todo, se arraigan con su perspectiva cultural que se impone sobre las formas de vida colectiva. Por lo tanto, la comunidad de CPJ es un mosaico de la diversidad cultural muy complejo.

Cada habitante es un personaje que se convierte en portador de conocimientos, perspectivas y expectativas particulares, y aunque haya puntos de contacto permanentes entre sí, los habitantes se preocupan por mantener vigente el prestigio sobre su lugar de origen. Comparten en principio, una área geográfica común, pero la gran cualidad que les distingue es que estas poblaciones son también diferentes entre sí: por la lengua madre que hablan o hablaron sus antepasados, por sus costumbres en el comer, vestir o criar a los hijos o a los animales; por sus creencias religiosas distintas, por cómo se quieren entre hombres y mujeres y reciben al que nace o sepultan a sus muertos, por cómo se miran en sus cuerpos o atienden sus dolencias; pero por entre todas esas diferencias, pesa una tradición común que soporta el mismo entusiasmo: poseer la tierra, el lugar para la casa que pueda resguardar lo que se hace propio: la

identidad pertenecida. En este contexto, el ambiente físico aunque a la vista hostil, no sólo es el ambiente físico, es sobre todo, un espacio social donde se producen relaciones humanas de las que se está en posibilidad de aprender algo todos los días, es una construcción de significados, encuentro de intenciones múltiples que parecen representar una extensión de las personas con límites muy definidos entre cada persona o familia.

Cada predio es reconocido por el o la propietaria que ahí vive; tal vez por ello, la colonia no tiene nombres de calles. Cada casa se reconoce por sus moradores, y de ellos, la propia comunidad sabe mucho más que sólo los nombres propios. Una casa que es un objeto numerable para el censor de casas, es además, una vivienda que utilizan seres vivientes para estar en la vida de un cierto modo y tener la plena conciencia de qué son ellos, esos habitantes de Oaxaca, Guerrero, Puebla o Veracruz, los que se comunican e importan entre sí.

Existen además, los espacios comunes para la realización de eventos sociales y políticos; estos territorios comunes no son disputados para la vivienda y los vecinos deciden entre ellos a las personas que se asignan para la custodia de la capilla o del centro social comunitario. La experiencia compartida ha producido formas semejantes de pensar y vivir la vida, y es esa experiencia en común, la que tiende a unificar, identificar y socializar problemas y soluciones.

Ésta es en particular, una de las actividades políticas más destacadas de sus habitantes, es decir, el establecimiento de sus propias fronteras para delimitar el interés personal de las acciones colectivas y participar cuando se tienen ganas o compromiso.

Importa mencionar que estos elementos descriptivos constituyen para el investigador social, la materia prima de su trabajo; su importancia equivale al diseño de un mapa para el geógrafo, la historia clínica para el médico o la formación de un esquema molecular para un químico.

6.3.2. El miedo convoca a la organización social

*Hay que ser muy optimistas
para abrir los ojos a diario*

Ernesto Durand

Aunque las formas organizativas de la comunidad se han gestado desde un principio, puede apreciarse una intensificación de las acciones a partir de 1983 (con un notable trabajo en 1988) después de que un incendio "provocado" en una madrugada de julio despertó a los colonos con el temor y el asombro que produce la destrucción. Era el segundo incendio general que les habían provocado, el otro había sido en 1970.

Muchas familias lo perdieron "todo" y durante varias semanas, los vecinos no afectados directamente en sus viviendas, ofrecieron alojamiento y comida a los damnificados. Sin agua, sin luz, sin drenaje, sin comercios, sin médicos, sin papeles de propiedad, lastimados en sus cuerpos y sus bienes, los colonos se tuvieron a sí mismos para soportar las pérdidas y reivindicar su derecho a la posesión del suelo para vivir. Firmes en su propósito de hacerse propietarios "legítimos" de los predios, los colonos se comprometieron a unirse y trabajar formalmente por la regularización de la tierra y por la introducción de servicios públicos a la colonia.

Planeando acciones en juntas vecinales y nombrando a sus representantes, los colonos han sostenido esfuerzos constantes recorriendo dependencias del gobierno, han tratado con funcionarios de distintos niveles (diputados, delegados, representantes asambleístas, etc.), han platicado con dirigentes de partidos políticos, con funcionarios de instituciones de asistencia social como el DIF, CONASUPO, LICONSA; han escrito oficios, han realizado marchas, plantones, mítines, y aunque han logrado avances muy importantes en cuanto a la introducción de servicios públicos, todavía la propiedad formal de la tierra no se ha logrado.

En 1970, las mujeres formaron un comité para representar a los colonos e hicieron su primer intento de formalizar su petición ante la Secretaría de la Reforma Agraria. 16 años después de trámites y espera, la dependencia se declaró incompetente para dictaminar sobre la regularización de los predios. Los colonos se fueron entonces a hacer su solicitud al Departamento del Distrito Federal (DDF) y tampoco resolvió a su favor.

En 1988, se envió una solicitud de ayuda a la esposa del Presidente Miguel de la Madrid, la Sra. Paloma de la Madrid turnó el oficio a la Secretaría de Gobierno, quien indicó a los colonos que se dirigieran a la Dirección General de Regularización Territorial. Esta dependencia los envió con el delegado político de Iztapalapa y de allí se les canalizó al Módulo de Regularizaciones de la demarcación. Dos años duraron esos "trámites" y la respuesta fue nuevamente la canalización, ahora, a la Dirección de Regularización de Inmuebles de Propiedad Particular, para pasar después, a la Dirección General de Reordenamiento Urbano y Protección Ecológica que recurrió al Departamento de Petros para solicitar plano e informe geológico de la colonia antes de dictaminar si era "habitabile" la zona (después de haber sido habitada por más de 20 años).

Con respecto a que la situación de la propiedad de la tierra pudiera prosperar, los colonos nombraron un grupo llamado *pro-regularización de los predios* que encabezó la señora Carmen Dávila Sánchez. Este grupo se dio a la tarea de solicitar el llamado "Juicio de Prescripción", como forma jurídica alternativa para acreditar la propiedad de las canteras a los colonos. Por su parte, las señoras María Rocha y Guadalupe Molina también realizaban diversas gestiones que promovían la expropiación a su favor como un asunto de interés público.

Invitados por el grupo *Antorcha Popular*, en 1992 los colonos realizaron un plantón de cinco días frente al edificio del DDF. Como resultado, se obtuvo la

oferta de las autoridades del DDF para desalojar las canteras del Peñón La Joya, toda vez que esta zona se consideraba de "alto riesgo" para el asentamiento de la población, a cambio, se ofreció la titularidad de predios en la Colonia Cabeza de Juárez. Los dirigentes *antorchistas* -a decir de los colonos- "nos engañaron y utilizaron" para el logro de sus propios fines, pues aquellos se quedaron con los predios de Cabeza de Juárez y en La Joya todo siguió igual.

Como un componente importante de la lucha de los colonos por allegarse servicios, establecieron comunicación constante y colaboración con los vecinos de las Colonias Ejército de Oriente y Unidad Morelos, para demandar conjuntamente los servicios. Todavía en la actualidad se llaman y reúnen para apoyarse mutuamente cuando acuden a las dependencias del gobierno o cuando se realizan marchas, mítines o plantones.

El 29 de julio de 1995, representantes del Partido Revolucionario Institucional (el presidente del PRI en el D.F., un diputado federal y un asambleísta por ese partido), hicieron la promesa a los colonos de que a través de sus gestiones se solicitaría al gobierno capitalino la expropiación de los predios que habitan para cederlos en propiedad "legalizada" a sus habitantes. Como en los casos anteriores, tampoco se satisfizo la promesa.

En agosto del 2002, los colonos mantuvieron pláticas de negociación con los diputados de la zona e insistieron en el interés colectivo por la regularización de los predios. Siguen con sus gestiones ante oficinas del gobierno, se reúnen en asambleas y mantienen la certeza de que la propiedad del suelo donde viven es un derecho ganado hace mucho tiempo.

No obstante, el problema es todavía más complejo si se toma en cuenta que los terrenos que declaran en propiedad, varían de tamaño. Hay quienes poseen un predio de 20 m² y quienes poseen predios de 100 o más metros

cuadrados. Los vecinos se preguntan: ¿Qué les conviene más?, ¿en base a qué número de metros se lotifica?. Si se urbaniza, ¿quién cede los metros de terreno para trazar calles, para nivelar pisos, para apuntalar taludes, para meter drenaje, para edificar escuelas?. Si las autoridades ofrecen reacomodo, los colonos se preguntan: ¿a dónde?, ¿cuánto va a costar?, ¿cuántas familias pueden y quieren irse?; y lo que allí invirtieron ¿para quién es?. Si se van, ¿quién o quiénes se van primero y por qué?, ¿pueden irse todos juntos al mismo tiempo?. Pero de todas las preocupaciones, la que más angustia a los colonos se refiere a la posibilidad del desalojo con violencia.

CPJ es resultado de la política estatal que deja a muchas poblaciones a la deriva de sus vidas hasta que topan con una oportunidad que ofrece un nuevo punto de partida. Y de este punto se camina al siguiente y así sucesivamente, hasta que se logra estar seguro de caminar sobre una ruta que conduce a algún sitio.

Para esta comunidad resulta un logro sustancial haber habitado el lugar por tanto tiempo a pesar de las carencias y los riesgos de desalojo, de lo inhóspito que resulta el paisaje: "las mujeres llegamos aquí a oscuras y como los alacranes nos enterramos, así que de irnos nos tendríamos que ir con el cerrito encima", comenta Lucía entre risas. Es posible que la unidad en común (comunidad=comunidad) la represente esta casi obsesión por la regularización de los terrenos, que a la vez se constituye en vínculo.

Es evidente que los colonos no llegaron a las canteras sólo a buscar un lugar para fincar una casa, llegaron a hacer *su casa* para darle acomodo a *su vida*, para que su estar y su ser se constituyeran en un acontecimiento de sociedad. Los incendios que vivieron como fatalidad, lejos de paralizarlos o promover la huida, los hizo más semejantes entre sí, provocaron la necesidad de conocerse, de confiar entre unos y otros la sobrevivencia del grupo y después de 30 años así se mantienen: siempre expectantes y básicamente solidarios ante el peligro común.

En el año 2000 se inició un proceso de transformación muy importante: con el apoyo de autoridades de la delegación se reconstruyeron la mayor parte de las viviendas y la fisonomía general del lugar ha perdido su condición temporal e improvisada, que no precaria. Se han introducido servicios públicos: agua, luz pavimentación y drenaje, a pesar de no haber logrado acuerdos sobre organización y trazos del suelo. Se mantuvieron sus caminos-caracoles, entradas laberínticas, escalonamiento de las casas; se respetaron las honduras del lugar, los nichos de las vírgenes y del Santo Patrón.

6.3.3. Lo cotidiano disputa tiempo a la violencia

*La patria de cada hombre
es donde vive mejor*

Aristófanes

Con aquella incertidumbre auestas y bajo precaria situación económica, los colonos han seguido viviendo esa cotidianidad siempre interrogada por sucesos comunes, como la presencia inminente de peligro geológico por desprendimiento y caída de enormes rocas que ocurre con frecuencia.

Estando en la cantera, uno se pregunta si la organización social de una comunidad depende de creer o estar convencido de la unidad de los problemas colectivos para constituir fuerza común y acciones vitales para la sobrevivencia del grupo. Cuando es evidente la notable fragilidad de su capacidad negociadora en las gestiones públicas y ante la contundente vulnerabilidad de que son víctimas por la pobreza de opciones de desarrollo y de recursos materiales que convierten la vida en un agobio, uno sabe, que sin embargo, esta comunidad se reconoce a sí misma, se encuentra unida en lo que a ellos es esencial; es una entidad viva que no sólo tiene deficiencias y problemas, sino que cuenta con importantes experiencias y estrategias de supervivencia propias y originales que les atribuyen fuerza y presencia social.

Cuando escuchamos a la señora Divina decir: "aquí nos quedamos porque aquí está nuestra casa y el esfuerzo de haberla construido", sabemos que ésta es una referencia común que nos hemos encontrados en diferentes zonas de trabajo. Estas aseveraciones coinciden con las opiniones de otras mujeres migrantes estudiadas por el CONAPO (1987), en el sentido de que cuando las mujeres fincan su residencia se mantienen viviendo en ese lugar independientemente de las condiciones físicas del ambiente, de las viviendas y de los servicios públicos, no sólo porque la crianza de los hijos condiciona o limita la idea de mudarse; sino porque tienden a establecer, con más facilidad que los hombres, redes de intercambio familiar y vecinal que les ofrecen protección y seguridad y porque en una sociedad como la nuestra, las opciones de desarrollo personal y familiar son más restringidas.

Por otra parte, la colonia se encuentra próxima a vías de acceso rápidas y con medios de transporte suficientes, circunstancias que los colonos aprovechan para trasladarse a fuentes de trabajo y a otros servicios. Es precisamente en el sector de servicios donde habitantes de la colonia, particularmente mujeres, encuentran menos dificultades para emplearse. Todos los días "tratamos de salir del hoyo -como frecuentemente dicen- para buscar agua, medicinas, comida, escuelas, trabajo... de todo lo que no hay aquí".

La sobrevivencia en CPJ exige una disposición de tiempo completo para buscar opciones que contribuyan a satisfacer las necesidades apremiantes: allí donde parece que todo falta, cualquier recurso se aprovecha. No obstante, cada actividad o cada recurso que llega a la colonia es seleccionado, aún la basura puede representar un "bien", pero un "bien" también puede ser desechado como basura. La selección depende de la formulación de valores internos y no del criterio de asignación que la caridad o el mercado decide. Algunos de los recursos que se han obtenido para la comunidad nunca alcanzaron el beneficio de la utilidad, del uso o del servicio con ciertos fines.

Por ejemplo, las máquinas de coser con las que pretendió operar un taller de costura, solamente funcionaron cuando el asunto de la costura se hacía en libertad, en el divertimento al que Martha Huitrón las invitaba para hacer *falditas*, *trapitos*, *bolsitas* y otras prendas que las señoras tenían interés de aprender a hacer; pero cuando se quiso establecer el compromiso de la producción para la venta organizando las actividades propias de una empresa con visión de ganancia, las máquinas tuvieron como destino una bodega.

Otros recursos que no son objetos materiales, como las pláticas sobre salud, por ejemplo, tuvieron que pasar por las mismas pruebas. Si en la plática no había armonía, conversación, atención, guasa, entonces las señoras no volvían. Asistían por simpatía, no por las razones que nosotros definíamos desde el proyecto académico que representamos.

Se puede afirmar en este caso, que en condiciones de sobrevivencia las decisiones de un grupo dependen de las elecciones, actividades y decisiones que se toman de acuerdo a valores y fines del grupo, de modo tal que la participación y los compromisos suelen ser el resultado de una decisión mediada por el deseo, el interés, el gusto o una convicción. Por ejemplo, hacerse propietarios formales de los predios es una convicción, mientras hacerse un delantal tendría que hacerse por gusto.

No obstante, parece que también existen resistencias personales atribuidas, sobre todo, al cumplimiento de expectativas de satisfacción inmediata, en cuyo caso las acciones son coyunturales y por lo tanto temporales. Esta búsqueda de lo inmediato en la vida cotidiana, responde a lo que Oswald (1991) refiere cuando habla de que en los barrios pobres-marginados, lo único que constituye un apremio es el aseguramiento de la reproducción física, que con frecuencia se logra mediante el consumo inmediato de lo que se tiene.

Por otra parte, es importante hacer notar que uno de los principales rasgos de la población en CPJ es la diversidad de características que poseen y que insisten en preservar como una distinción. Ya Jorge Montaña en 1976 hacía notar que en los *asentamientos espontáneos de la ciudad*, existían poblaciones heterogéneas por el lugar de origen, por la experiencia laboral, por las diferentes razones que se tuvieron para migrar y para invadir un predio, por la edad, experiencia y expectativas de los individuos y las familias.

La preservación de ser distintos es una cualidad que sorprende porque además les permite seguir manteniendo comunicación y apoyo recíproco de sus comunidades de origen. Ser distintos entre sí en muchas de sus opiniones y prácticas cotidianas y al mismo tiempo compartir otro tanto de similitudes en sus necesidades y formas de resolver problemas colectivos, ocasiona serias dificultades para aplicar programas *técnicos* de intervención en comunidad partiendo del falso supuesto de que ante problemas semejantes, soluciones semejantes.

Comunidades como la de CPJ nos exigen una más alta precisión en el manejo y análisis de datos, de observaciones y registros puntuales, pero un especial cuidado para la selección de principios y técnicas de investigación cualitativa. Foucault decía en *La arqueología del saber* (1979) que conocer es un acto de producción de saber que contribuye a precisar el orden disperso de conceptos, deducciones, formas de expresión, exclusión, de incompatibilidad, entrecruzamiento, sustitución, alteración recíproca o desplazamiento y el intento por conocer suele ser más fructífero, si nos lleva a tomar acuerdos para decidir qué componentes de nuestro trabajo se constituyen en problemas de investigación y en posibles objetos de transformación porque la comunidad aprecia, le significan valor y promueven su participación.

Para Foucault es más importante el universo de los significados que el de los hechos, pero entre ambos se puede proponer el análisis, se pueden sugerir

hipótesis, se logran acercamientos para entender y explicar los acontecimientos que sólo tienen fuente de saber en el lugar y tiempo de su emergencia.

Esta convivencia, que resulta sofisticada y compleja, alterna con notables índices de alcoholismo, inseguridad, desempleo, drogadicción, violencia familiar; las mujeres sufren el des-abasto de alimentos, la lejanía de las escuelas, del mercado y las iglesias. Los niños se multiplican en las calles y pronto forman grupo-banda-pandilla... Es una dinámica de alteridad, de contingencia, de resignación sólo aparente.

6.3.4. Los colores de la pobreza

El estilo es el hombre
Montaigne

La pobreza económica que existe en CPJ se puede, si se desea, medir. Reconocer que unos tienen poco para sobrevivir y otros tienen menos que eso. Podemos describir el tamaño de una casa, precisar el grado de hacinamiento y describir si la televisión está ocupando la cabecera de un cuarto-sala-comedor-dormitorio; podemos hablar del color gastado de las paredes de una casa, de sus materiales de construcción y de los usos diversos que tiene (escondite, alcoba, trinchera, almacén, cárcel, escuela, refugio...); hablar de las mercancías que lleva una ama de casa para preparar los alimentos, sacar rápidas cuentas y dudar que sea suficiente para que coman todos los que viven en su casa.

Puede alguien conmoverse si observa a una mujer trabajando todo el día: atiende casa, niños, trabajo, juntas vecinales, jornadas comunitarias, combate la fauna nociva, atiende enfermos y amortaja muertos. Pero puede también conmover que no cesa su entusiasmo, que le pone pájaros a sus jaulas y tierra y plantas a sus macetas, que va a la peluquería a hacerse permanente y comprar veladoras nuevas los domingos; que tiene citas y diálogos secretos con Dios, que platica con sus vecinas y se divierte en el mercado.

La pobreza también se puede percibir desde la primera observación a varios niños. Cada sentido corporal puede hacerse cargo de múltiples registros sobre la pobreza, no obstante, uno de los indicadores más sensibles para evaluar la inequidad y la miseria de un país radica en la desnutrición de su población infantil, en los niños transidos de hambre. En CPJ, la desnutrición infantil *cala hasta los huesos*.

Avanzamos en la detección de la desnutrición en menores de 5 años, y ya no pudimos caminar más. Hizo falta establecer un programa de cuidados prenatales, continuar con un programa de vigilancia nutricional, de prevención y control de enfermedades respiratorias y diarreicas, mantener e impulsar la difusión sobre el uso de la terapia de rehidratación oral e insistir en la orientación sobre los esquemas completos de vacunación. Hizo falta atender un programa de mediano plazo sobre sexualidad humana dirigido a los niños y niñas, a los y las jóvenes pues en ellos se encuentra el potencial reproductivo de la población, no sólo en términos de la fecundidad, sino de la expresión de las múltiples relaciones humanas que ocurren en la vida cotidiana.

Lo cotidiano entendido como esfera de apropiación del lenguaje, del uso repetido de objetos y de los espacios de expresión y conservación individual y social de los sujetos; lo cotidiano como reproducción de regularidades y como lucha de fuerzas y posibilidades que mantienen de manera intergenerativa la relación de las personas con sus vidas pública y privada. (Heller, A., 1977).

En CPJ el promedio de hijos nacidos vivos por mujer es de cuatro, cuando el promedio nacional se estima en 1.2. Será tal vez como dice Lomnitz (1975) que en condiciones de pobreza la reproducción de una prole con muchos hijos cumple con la garantía de asegurar la supervivencia del grupo. En opinión de los colonos, la población de jóvenes muestra una tendencia a la disminución, los entrevistados comentan que es porque abandonan la colonia "porque como a

ellos no les ha costado nada, pues nada les gusta"; mientras tanto la población de ancianos se incrementa notablemente.

Que los jóvenes no hayan conquistado el suelo, levantado la casa, apagado los incendios, no se hayan inmiscuido en las marchas, no guarden la experiencia de múltiples fracasos frente a las oficinas de gobierno, o tal vez, porque ya nacieron, estudiaron o trabajan en la ciudad, tienden a buscar "salir del hoyo", buscar un orden, una realidad distinta, una construcción propia de la vida adulta.

6.3.5. El entorno es una construcción

Los desequilibrios del sistema social y del ecosistema pueden derivar en una catástrofe para la humanidad, pero también pueden conducir a una salida creadora...

P. González Casanova

La basura que cae del *Paraíso*

Los vecinos reconocen como problema importante, la basura que de noche cae del *Paraíso* (Colonia *El Paraíso* que se ubica en las laderas del cerro), ya que deben recogerla del piso o de los techos de sus casas, amén de los tremendos sustos que padecen por la sorpresa nocturna. Esta situación ha prevalecido desde que se fundó la Colonia *El Paraíso* sobre la pendiente del cerro ya que los camiones recolectores se niegan a subir y a los vecinos se les dificulta bajar con las bolsas de basura; de hacerlo, tampoco sabrían qué hacer, pues el servicio de limpia es muy irregular y escaso. Los colonos de las canteras ya no discuten con sus vecinos, han optado por pagar un servicio particular de recolecta de desechos que realizan jóvenes en carretas tiradas por caballos.

Desde el punto de vista de la contaminación del ambiente físico, encontramos que el problema de la basura en la colonia se encuentra bastante regulado por los propios vecinos que realizan labores de convencimiento entre sí para

mantener la zona bastante limpia. No obstante, debe enfatizarse el problema que a la salud pública significa el manejo inadecuado de excretas de animales y el poco control sobre el crecimiento de la fauna nociva, sobre todo, porque los niños pequeños juegan en el piso y con frecuencia andan descalzos.

Pero el ambiente físico es también un espacio habitado por los ruidos, colores de las casas y costumbres de los moradores. En este punto, la diversidad se entreteje de casa en casa. Entre los vecinos se enriquece la diferencia por la arquitectura de las viviendas, su flora y su fauna, los objetos que guardan las casas. De repente se puede hablar de Veracruz o de Oaxaca o Puebla; de la predilección de unos por la música de marimba que contrasta por el gusto de otros que prefieren el *metal rock*; en unas casas, huele a caldo de pollo, mole, pozole o ceviche, mientras en otras se cuece la masa para los tamales o se prepara la piña para el tepache.

Unas mujeres hablan de las curaciones milagrosas con el uso de imanes, escapularios y *mandas* a San Judas Tadeo (el conocido santo de las causas perdidas), otras preparan ungüentos, té y chiquiadores con yerbas y aceites vegetales; unos hombres visten como para ir a trabajar a la oficina, otros cargan mochila de herramientas y comida preparada en su casa para ir a trabajar en las construcciones ajenas.

Las mujeres que salen a trabajar temprano, a las siete de la mañana ya atendieron casa, comida y ropa, dejan a los hijos pequeños entre los hijos mayores o con alguna vecina y ya vendrán por la tarde a reprenderlos, a organizar la casa y a preparar la cena; a seguir la vida de la telecomedia en turno, para que los hijos y las hijas se llamen como las estrellas del canal que las promueve o tal vez para constatar que existen realidades paralelas.

Este ambiente de CPJ es siempre una sorpresa. Es una comunidad viva en el sentido de vitalidad: intercambio de relaciones personales, objetos y proyectos,

realizan torneos deportivos y excursiones, discuten y se enojan *para siempre* o hasta que los hijos y las hijas se enamoran y se casan; hacen fiestas y peregrinaciones colectivas, se turnan la vigilancia, hacen cooperaciones económicas y en especie, se acusan entre sí; hablan bien y mal de los vivos y de los muertos, se conocen por el apelativo y por apodo, se sienten en proximidad, se resisten, se buscan, se reconocen como parte fundamental de este paisaje, se niegan, se transan y a veces hasta se trampean o se trompean.

Formando parte del paisaje observamos alcoholismo y drogadicción, y según comentarios de colonos, algunos de los comercios instalados en la zona, proveen de sustancias tóxicas a los farmacodependientes. Los colonos están conscientes del problema y en 1995 organizaron un grupo de 135 "jóvenes" para discutir y buscar opciones al problema. A este grupo podía pertenecer cualquier colono que se encontrara entre los 18 y 50 años de edad. El grupo se fue desintegrando y ahora existe la propuesta de establecer un programa de AA. En la colonia también existía en 1995 el *Consejo de Jóvenes* con aproximadamente 135 miembros, que ha dejado de reunirse hace 5 años, aproximadamente.

Festividades

En CPJ las reuniones sociales constituyen un importante eslabón de relación entre los colonos, la organización de éstas exige cooperación ya sea económica, en especie o en trabajo. Las principales efemérides que celebran son: los días 21 de marzo y 16 de septiembre cuando nombran *Reyna de la Primavera* y *Reyna de la Patria*, respectivamente; el 30 de abril se festeja el *Día del Niño* con entrega de juguetes y realización de juegos y concursos; el 10 de mayo se organizan bailables, comida y entrega de regalos para las madres; el 30 de agosto se festeja el *Día del Anciano* también alrededor de una comida. Cabe destacar que en la colonia los ancianos se encuentran organizados en un *Consejo de Ancianos* en el que participan 82 personas de ambos sexos.

Centro social comunitario

En esta localidad se ha desarrollado un intenso trabajo de sobrevivencia por parte de sus pobladores en lo individual, pero también se han establecido diversas formas de relación, identidad, comunicación y desarrollo colectivo que fortalecen las estructuras de organización y participación de la comunidad. Muestra de ello es el reconocimiento y apoyo que la población otorga a sus líderes, la operación de jornadas colectivas para mejoras de la colonia, la distribución de responsabilidades entre colonos para el cumplimiento de tareas específicas, la realización de fiestas, reuniones en común, y otras formas de vida cotidiana que ocurren como elementos de apoyo a la unidad vecinal.

En este contexto, sobresale la existencia del centro social comunitario ubicado en lo que podría constituir el centro del lugar. Es una área que pertenece a los colonos que deciden entre las mujeres a las administradoras que se encargarán de organizar y atender el centro. No hay un salario establecido para ellas, sin embargo, están obligadas a informar de los ingresos y egresos del local.

En esta área de aproximadamente 600 m², se han edificado tres construcciones alrededor de un patio. La construcción del lado poniente corresponde a una cocina, un desayunador para 20-25 personas y una pequeña peluquería. En el otro extremo se encuentra un salón grande (construido en 1999), dividido en tres secciones para dar lugar a un consultorio que ofrece servicio médico, un consultorio para servicio psicológico, un taller de costura y una biblioteca. Al lado se encuentra instalado un centro preescolar y un baño. En el patio se instaló en el año 2002 un cuarto preconstruído que fue donado por la *Organización Cáritas* y es utilizado como bodega del *Banco de Alimentos* y una pequeña tienda de abarrotes.

CPJ es una comunidad especialmente característica por ser relativamente pequeña, donde los vecinos se conocen y se reconocen anualmente en los censos que realizan entre ellos; porque algunos se reúnen en la cocina popular para comer o para recoger sus despensas de alimentos; para tramitar el servicio del agua, para distribuirse tareas, para discutir alianzas con algunas instituciones y organismos políticos, para escoger a sus reinas (de la *primavera* y de la *patria*) para decidir a qué ancianos se les inscribe en el proyecto del Gobierno del DF para recibir su tarjeta *Sí vale*; para conversar, discutir o apoyar a sus líderes que les representan, entre otros asuntos.

La riqueza de La Joya está principalmente en sus mujeres, porque ellas atienden la vida de todos los pobladores, no sólo cuidan a los niños, sino además, siempre están trabajando por mejorar el ambiente físico y social y por organizar los recursos que están a su alcance. Prácticamente pueden transformar cualquier objeto en recurso para el bienestar. Un claro ejemplo de esto es la paciencia que han tenido para hacer crecer su centro comunitario y habilitarlo como cocina, peluquería, biblioteca, consultorio médico-psicológico y sitio de reunión para la planeación y discusión de proyectos, para la fiesta, para el encuentro. Este lugar es de todos los vecinos y los servicios que se ofrecen son también para todos los vecinos

El liderazgo

Desde la fundación de la colonia, las mujeres han asumido el liderazgo y son quienes, preferentemente, se responsabilizan de realizar trámites ante instancias gubernamentales y también son quienes organizan actividades comunitarias diversas. Su esfuerzo pone en evidencia que sólo a través de la participación comunitaria es posible desarrollar estrategias de impacto social. Muchas mujeres, como protagonistas de la fundación de la colonia, poseen la historia oral que en perspectivas individuales ofrecen la diversidad y riqueza narrativa propia de cada experiencia, pero además, saben como promover el

interés entre sus vecinos para ganar su confianza y su participación. Al inicio de nuestras actividades (1995), la señora Carmen Dávila Sánchez, nos platicó su experiencia. Reproducimos a continuación algunos de los episodios narrados.

La señora Dávila es madre de 12 hijos de los que le sobreviven 8. Es la lideresa natural de la comunidad. Mujer extraordinariamente amable, entusiasta y muy sensible ante la problemática socioeconómica y de salud que prevalece entre los colonos. Carmen es protagonista de la historia de la colonia y la cronista que guarda en sus registros, el diario puntual de los hechos relevantes ocurridos allí. No sólo guarda los documentos que registran la lucha por la posesión y legalización del suelo, también conserva recortes periodísticos, fotografías, planos, censos de población; registra fiestas, donativos, conflagraciones y la firma de visitas importantes. Lleva control de las jornadas de trabajo colectivo por las horas, los días o las actividades realizadas por cada familia y vecino. Consigna el nombre de los vencedores y vencedoras en los concursos que se realizan en las fiestas. Cuida con celo la memoria del lugar.

Originaria de San Miguel El Alto, Jalisco, "Doña Carmen" conoce las dificultades que enfrenta el migrante rural para sobrevivir en la enorme ciudad de México que todo lo traga; incluso, el deseo por volver al lugar donde se ha nacido. Niña migrante desde los 8 años de edad, Carmen conoció a profundidad el problema de la desruralización, pues su familia fue expulsada del campo por la introducción de formas de agricultura comercial.

Reconoce que el principal problema para resolver la sobrevivencia es la posesión de una vivienda. Identificó desde niña este problema, pues antes de llegar a la ciudad de México, su familia no encontraba ningún acomodo definitivo para fincar una casa donde pudiera habitar una familia grande. Tener una casa, dice Carmen: "significa, desde la dificultad económica que representa su propiedad, hasta muchas otras cosas y condiciones que la

hacen habitable y digna; o insegura e insalubre, es decir, una casa puede ser habitable o inhabitable”.

Como otros colonos, Carmen llegó a Canteras del Peñón La Joya alrededor del año 1971, después de padecer la vida inquilinaria que es matriz donde se gesta la idea de asegurar un espacio para la familia, para pertenecer a un sitio y cobijar ahí, razones para creer en un futuro mejor... En tanto familia numerosa, fueron desalojados varias veces de los cuartos que alquilaban en algunas vecindades del centro de la ciudad de México.

Carmen aprendió a dar valor a los documentos escritos y a atesorarlos. Como ella, otras mujeres de la colonia poseen documentos oficiales y recortes periodísticos que dan cuenta del cuidado que han tenido para construir elementos básicos de identidad entre los moradores y el espacio que habitan. Entre esas mujeres con liderazgo natural y reconocimiento formal otorgado por parte de las autoridades de la Delegación Iztapalapa, se encuentra la señora Guadalupe Molina. La señora Molina también ejerce una considerable influencia entre los colonos y dedica gran parte de su tiempo a realizar gestiones de apoyo a la colonia. Cabe destacar que en no pocas ocasiones se han producido discrepancias entre las principales lideresas por la definición de objetivos y estrategias para lograrlos, no obstante, el asunto prioritario para ellas tiene que ver con el interés colectivo por la regularización de los predios para obtener su propiedad “legal”. De manera que se comunican y toman acuerdos constantemente.

María Rocha es la lideresa principal desde 1998. Está a cargo de la gestión de demandas frente a instituciones de gobierno y particulares, además de preservar y organizar las actividades, recursos y proyectos del centro comunitario. En este lugar común, los colonos se reúnen regularmente una vez por semana. En estas reuniones se discuten asuntos de interés general y además se programan actividades colectivas como son los talleres de

actividades manuales, talleres de la tercera edad, trabajos para mejorar la cocina popular, el centro preescolar, los consultorios, la peluquería y la biblioteca comunitaria.

Gracias a los comentarios y al préstamo de los documentos y diarios ofrecidos por las mujeres líderes de CPJ, no sólo hemos tenido acceso a la historia de la colonia, sino y sobre todo, nos reformulamos las acciones de nuestro trabajo, que pasó de ser una actividad de intervención limitada, a un proyecto de desarrollo comunitario.

Como en otras comunidades semejantes (Massolo, 1994) se ha podido constatar que el trabajo y la participación femenina se han desarrollado de manera muy significativa en los movimientos urbano-populares, sobre todo en la gestión de vivienda y de servicios básicos para sus familias. Las mujeres en CPJ cuentan con una importante tradición sobre participación y trabajo colectivo tanto para la gestión de asuntos políticos comunes como para la organización y expresión de manifestaciones culturales intracomunitarias.

Conversar con las mujeres de una comunidad casi siempre facilita el ejercicio de la investigación sociológica; ellas tienen una mirada particular sobre las formas domésticas, cotidianas, emergentes y espontáneas que ponen en práctica individuos y grupos sociales para la defensa de su comunidad. Esta lucha es parte del trabajo que se realiza a favor de la salud, entendida según palabras de María como: "ganar y disfrutar el derecho a tener un lugar para vivir y estar tranquilos porque los niños tienen qué comer y nosotras tenemos una casa donde cocinar y cuidar a la familia".

7. Resultados de la aplicación del *curriculum* Zaragoza en CPJ

7.1. Actividades de investigación y promoción de la salud comunitaria

7.1.2. Elaboración del diagnóstico socioeconómico y de salud

Para la elaboración del diagnóstico utilizamos como fuentes de investigación indirectas: los datos del XI y XII Censo General de Población y Vivienda (1990 y 2000), los lineamientos de la Ley General de Salud; revisamos el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud, Normas Oficiales de Salud, estadísticas oficiales sobre salud-enfermedad, información contenida en estudios monográficos e investigaciones sobre la Delegación Iztapalapa, información cartográfica, hemerográfica y documentos que facilitaron las lideresas de CPJ. Esta información nos sirvió de referencia para iniciar el planteamiento de problemas, que orienta todo diagnóstico y fundamenta determinados programas del trabajo comunitario (programas de intervención).

Como fuentes directas, además del levantamiento de censos y encuestas, utilizamos las entrevistas, la observación y los diarios de campo. Insistimos en que los alumnos realicen ejercicios de reflexión sobre las actividades cotidianas, que elaboren hipótesis de trabajo, que se comuniquen con las personas de la comunidad y que de ellas obtengan conocimiento, experiencia, habilidades. Nos interesa que en el diagnóstico no sólo aparezcan resultados, sino también preguntas; que se incorporen los saberes de la comunidad y las experiencias de comunicación, conflicto, diferencias o afinidades entre la vida comunitaria de CPJ y la vida comunitaria universitaria.

El equipo de trabajo aplicó cédulas de entrevista a personas de 245 viviendas con las que se estableció la colaboración de sus habitantes para la recolección de datos. No fue posible obtener información en 45 viviendas porque no se encontró a nadie en el momento de las visitas.

Las principales actividades del diagnóstico comunitario en CPJ fueron:

- Visita de observación a la zona de trabajo.
- Elección de las zonas de trabajo para cada subgrupo del equipo.
- Presentación del equipo de trabajo a cada domicilio de la zona para pedir la autorización y el apoyo de los habitantes una vez que se presentan los objetivos del TCSC. A partir de esta actividad, se intenta que los alumnos acudan a la comunidad identificando a las personas y relacionándose con ellas. Asimismo, se les entregan volantes con información sobre los servicios que prestan las clínicas de la FES Z, horarios y costos.
- Levantamiento de un croquis de la zona de trabajo.
- Detección de líderes formales e informales.
- Levantamiento de encuesta socioeconómica y de salud para analizar los condicionantes y los determinantes del proceso salud-enfermedad. La información escrita se confronta con la observación, los resultados de las primeras entrevistas y con la información de fuentes indirectas.
- Diseño y elaboración de un programa de salud y de la estrategia de intervención.
- Se formuló un plan de trabajo general, cronograma de actividades, guías de recomendaciones, folletos de divulgación, pláticas, demostraciones, entre otros recursos didácticos y medios auxiliares.
- Elaboración de guías o guiones de trabajo. Toda actividad comunitaria se registra en formatos que incluyen la planeación, ejecución y evaluación de cada práctica. Estas guías deben ser revisadas por los profesores asesores, autorizadas para su realización, comentadas grupalmente y evaluadas al concluir la actividad.
- Diseño y elaboración del informe de trabajo que incluye los siguientes apartados:
 - Resumen
 - Planteamiento del problema
 - Antecedentes

- Marco Teórico
- Justificación
- Diseño de la investigación: definición de objetivos, elección de pruebas estadísticas, definición del universo de estudio, diseño de la muestra, definición de unidades de observación, definición de variables, operacionalización de variables, selección de fuentes, métodos e instrumentos de recolección, definición del plan de presentación de resultados, definición del plan de descripción y análisis de la información, cronograma de actividades.
- Bibliografía

Resultados y análisis del diagnóstico

Esta información corresponde, principalmente, a los resultados obtenidos mediante la aplicación de las siguientes técnicas: observación, entrevista y cuestionario o cédula de encuesta, instrumentos que contienen diversas variables para conocer el perfil sociodemográfico de los habitantes de un lugar, las condiciones del ambiente físico, las opiniones sobre la salud y los recursos que la población emplea para su atención médica.

El análisis de datos y los resultados se procesan en grupo y se elabora el diagnóstico completo. Los datos que se presentan a continuación corresponden al trabajo que realizamos profesores y alumnos en abril de 1995.

Población

En cuanto a la población encuestada en abril de 1995 (cuadro 1), ésta suma un total de 1117 individuos, de los cuales, 52.5% son hombres y el 47.5% son mujeres. El equipo de trabajo aplicó cédulas de entrevista a personas de 245 viviendas. Se encontró que el 64.1% de los padres de familia son originarios del D.F. y el 35.9% nacieron en otra entidad del país.

**Cuadro 1. Población total según hombres y mujeres
Colonia Canteras del Peñón La Joya
Iztapalapa, 1995**

Población	hombres	%	mujeres	%
1117 hab.	586	52.5	531	47.5

La población menor de 18 años representa el 51% de la población total, en tanto que la población menor de 15 años representa el 43.6% del total. Encontramos que por cada 100 adultos hay diez niños/as menores de cuatro años; por cada 100 adultos hay tres niños/as menores de 9 años; por cada 100 adultos hay 38 niños/as menores de 15 años.

Es una población muy joven que no cuenta con áreas verdes, escuelas próximas, parques recreativos; y sí en cambio, se desarrollan en un ambiente físico hostil y en el entramado de relaciones culturales múltiples que se impactan en la dificultad cotidiana de entender por qué unos niños crían perros de pelea, otra parte de la población se droga o se alcoholiza, otra delinque, otra va a la escuela o a la iglesia, otros y otras trabajan, otros más forman pandillas, se pintan y perforan el cuerpo, son graffiteros, graffiteras. Algunos más, se hacen esposos, esposas y madres muy jóvenes y pobres, que muy jóvenes se hacen viejas y siguen siendo pobres. Esposos y padres que no han tenido oportunidad de hacer jamás un balance de su vida, mucho menos, un proyecto de futuro. Fenómeno que se conoce como *transmisión intergeneracional de la pobreza*.

Población según lugar de origen de los padres

Las principales migraciones provienen de Puebla, Estado de México, Oaxaca, Michoacán e Hidalgo. Estados que son circunvecinos a la Ciudad de México y que (salvo el caso del Estado de México), se caracterizan por su "muy alto grado de marginación" de acuerdo a los criterios establecidos por el Consejo Nacional de

Población, donde se incluyen aspectos socioeconómicos relacionados con las condiciones de vida de la población.

**Cuadro 2. Población según lugar de origen de los padres
Colonia Canteras del Peñón La Joya
Iztapalapa, 1995**

Distrito Federal	Otras entidades
64%	35.9%

Condición de alfabetismo

Para gran parte de la población joven, la oportunidad de continuar estudios después de la primaria simplemente no existió, no existe. Cumplir con el ciclo básico los coloca en una gran desventaja social, pero también en el desamparo de poder enriquecer la vida de relación social que provee la escuela, aún con todas sus limitaciones estructurales, técnicas o pedagógicas. Aprender a leer y a escribir nunca ha sido suficiente para saber leer y escribir, para descifrar un texto, para significar el código de signos que faciliten la comprensión, la curiosidad por el conocimiento, la perplejidad que se produce cuando se pueden compartir preguntas y respuestas sobre lo que acontece-aconteció y gustar del estado de vigilia que produce la discusión constante de las ideas.

**Cuadro 3. Población mayor de 15 años según su condición de alfabetos
Colonia Canteras del Peñón La Joya
Iztapalapa, 1995**

Porcentaje de alfabetos/as	Porcentaje de analfabetos/as
90.3	9.7

En nuestro estudio encontramos que el 9.7% de la población mayor de 15 años es analfabeta, es decir, una de cada 10 personas mayores de 15 años no ha

tenido acceso al bien social que significa aprender a leer y escribir. Este dato resulta contrastante con el porcentaje de analfabetas en la Delegación Iztapalapa que es de 5.8%, y con el del D.F. que es de 4.6%.

Es evidente que en la condición de analfabetismo la persona queda desprotegida para poder hacer uso del lenguaje en la conformación de un modelo de vida capaz de ser enriquecido con expresiones alternativas al habla común. En Canteras, el 32% de la población mayor de 15 años tiene estudios de primaria completos y sólo el 1% cuenta con estudios superiores al bachillerato. El resto cursó o está cursando la secundaria o alguna profesión técnica.

Estado civil

La condición civil de la población mayor de 12 años se resume en lo siguiente: 36% solteros/as; 36.5% casados/as; 20% unión libre; 3.6% viudos/as; 1.3% separados/as; 1% son madres solteras; 0.9% son divorciados/as. En CPJ, más de la mitad de la población vive en relación de pareja y si esta condición la analizamos al lado de los datos de la población por edades, es de suponer que las parejas de jóvenes contribuyen con un alto porcentaje al resultado total.

Cuadro 4. Porcentaje de la población mayor de 12 años según estado civil Colonia Canteras del Peñón La Joya Iztapalapa, 1995

Estado civil	Porcentaje
Solteros	36.0%
Casados	36.5%
Unión libre	20.0%
Viudos	3.6%
Separados	1.3%
Madres solteras	1.0%
Divorciados	0.9%

Trabajo

En cuanto a los resultados que obtuvimos para nuestro estudio, encontramos que al momento de aplicar la encuesta, el 47.7% de la población mayor de 12 años se encontraba ocupada y que el 52.3% es población económicamente inactiva. De la población económicamente activa (PEA) ocupada, el 55% son empleados; el 27.7% es población que trabaja por su cuenta, y el 17.2% son trabajadores del sector informal. En cuanto a la población económicamente inactiva mayor de 12 años, encontramos que el 20% son estudiantes y el 27.3% se dedican a labores del hogar. El 5% restante son desempleados o jubilados. (Ver cuadro 5).

**Cuadro 5. % Población mayor de 12 años económicamente activa según condición de ocupación
Colonia Canteras del Peñón La Joya
Iztapalapa, 1995**

Ocupación	Porcentaje
Empeados	55.0%
Trabaja por su cuenta	27.7%
Subempleo	17.2%

Trabajar por su cuenta o ser subempleado es en realidad una forma de pensarse y encontrarse en la vida. Tener y practicar un oficio: ser albañil, plomero, panadero, carpintero, peletero; trabajadora doméstica, costurera, peluquera, cocinera; cualquiera de las cosas que se han aprendido de oído, por mirar y repetir cómo se hacen, por herencia y a veces hasta por gusto.

Trabajos que se empiezan con el trato directo de la materia prima hasta que se llega a la entrega del producto; trabajos que ocupan al cuerpo completo, ganancias a destajo; irregularidad en los ciclos y los tiempos: algunas veces se aplican inyecciones, se envuelven los regalos; otras, se viste al *niño dios* y se hacen los tamales; alguna vez se ponen los pisos de otras casas, pero también se pueden conectar los tubos del drenaje. De lunes a viernes se vende en el mercado, los sábados y domingos se hace barbacoa en el patio. Las casas

pueden ser peluquería de día y puesto de sopas y esquites en la noche. Se trabaja por pedidos, a tajos y medidas, cantidades, formas, colores y texturas.

Unos días se tiene que salir de la cantera a las 5 de la mañana, otros, no hay a qué salir porque se canceló el trabajo. Algunos días llegan las señoras con frascos y envases de comida que traen de la casa donde prestan-alquilan sus servicios y llegan a poner el otro orden de la casa propia y dan de beber agua a los perros, semillas a los pájaros y tortilla remojada a las gallinas. Recogen a los hijos de la casa vecina donde vive un familiar o la vecina-amiga, platican de ciertos temas que las divierten y de otros que las alertan:

- que si hoy vinieron los profesores y estudiantes de la FES Zaragoza;
- que si los niños cada vez se portan peor;
- que si Doña María ya entregó las despensas del DIF;
- que si mañana hay que hacer el plantón en el zócalo;
- que si vinieron otra vez los diputados a pedir su ayuda...

Esa es una forma segura de relacionarse en la cantera: haciéndose muy parecidos unos a otros, compartiendo la proximidad, la solidaridad, la semejanza. Así los jóvenes, los ancianos y las ancianas se juntan, unos para jugar fútbol, ver pasar a las niñas que regresan de la secundaria con su uniforme verde, o simplemente para dejar pasar el tiempo. Otros, otras, platican cada lunes sobre los nuevos dolores o sobre el vencimiento del cuerpo; y mientras platican, tejen o bordan, desayunan en la cocina popular, hacen el inventario de asistencia y salen del brazo, caminando lentamente hasta la casa de cada quien.

A los hombres que ya son casados y tienen hijos, se les mira poco: no asisten a las juntas de vecino, no van al desayunador, no participan con nosotros tampoco. Parecen discretos y ajenos, como si fueran de visita a su colonia y a su casa.

En resumen, la PEA empleada se ubica principalmente en el comercio establecido, industria de la construcción, industria manufacturera, servicios comunales y servicio doméstico. Todas ellas son actividades escasamente remuneradas, algunas temporales y al margen de las prestaciones de ley, sin horarios fijos ni salarios fijos. La mayoría de ellas, actividades rutinarias, desgastantes física y emocionalmente. Otros más, se dedican al comercio informal y ocupan plazas, banquetas de las calles, la cajuela de un auto o un carro-bicicleta como tienda improvisada para vender sus mercancías.

Vivienda y servicios

La casa que habita una persona es extensión del ser, espacio que le contiene, es una forma de vivir otro cuerpo que sin ser biológico, permite las condiciones de la reproducción de la especie. La casa se vive como parte sustancial de la individualidad, como lo que es propio: identidad. Podemos decir de manera general, que la casa es, a la vez, representación objetiva del lugar que una persona ocupa en la cultura, en la estructura de su sociedad.

La casa cuando se hace por el morador, es una construcción muy laboriosa que incluye una fuerte inversión de capital humano: vida de la persona hecha tiempo, interés, imaginación, conocimiento, expectativa, esfuerzo, planeación, organización; un lugar elegido, el material, las herramientas. La casa propia en tanto posesión de la persona reserva la selección de los que la habitan o visitan porque dicen que las paredes *miran y hablan*, por lo tanto, sólo vivirán en ella, los que tienen permitido compartir lo que es vital: la energía que se requiere para confiarse a otra persona. De intimidad se llena la casa, cada espacio se destina a cumplir con la integración psicológica de las personas: hay lugares que se comparten por todos pero también hay refugios personales.

La casa es alojamiento para preservar un recuerdo, documentos del presente, nichos para los santos vestidos de rojo y de chaquira. Cuando la primera puerta se

abre (la que te conecta con la calle), te deja también abierta la posibilidad de cruzar a otro universo que no es el tuyo. Te encuentras con una propiedad ajena y uno se queda un rato ciego como medida de protección. Los cálculos comienzan: una estancia común para acomodar a los recién llegados, cuartos dormitorios, una cocina, un baño.

Afuera, un patio para los animales, para lavar y tender la ropa, para guardar la bicicleta, o el carro de gelatinas o paletas; una cornisa para la planta que nos cura o nos adorna. Debajo de la cornisa, la jaula de los pájaros, los adornos de temporada: corazones en febrero, *santa clos* en el invierno; el letrero que anuncia alguna venta o el ofrecimiento de un servicio. Arriba, en la azotea: las ollas para el mole del día de madres, la olla para los tamales de la *Candelaria*, la bañera del último vástago nacido, los envases de refresco, las llantas para el remolque, los sobrantes de la construcción...

En CPJ muchas casas se parecen a ésta, en la rotunda objetividad de lo que ven los ojos. Esta es una imagen de la "primera vez" como dice Bachelard (1983, p. 192) por lo tanto, no es capaz de decir nada sobre la historia, la imaginación o los motivos de que una casa o muchas casas sean así. No obstante, yo solo me encuentro en la posibilidad de hablar de esta "primera vez".

En la actualidad, las condiciones y el tipo de vivienda en CPJ, según los materiales de construcción, ha mejorado notablemente y en sólo 5 años se ha transformado mucho más que en el resto de años de su existencia. Al hacer los primeros recorridos por nuestra área de trabajo en 1995, observamos que la construcción de las viviendas parecía más bien improvisada y temporal.

Predominaban materiales poco duraderos como las láminas de cartón o de asbesto; algunas viviendas tenían paredes construidas con piedras amontonadas, plásticos, llantas, partes de las carrocerías de autos y camiones, huacales de madera y cajas de refrescos.

Observamos que el drenaje no alcanzaba a beneficiar a toda la colonia y que ello podía estar determinado, en gran medida, por los desniveles en el piso y la irregularidad en el trazo de calles que dificultaba la instalación de tuberías. No obstante la precariedad de la construcción de la vivienda, los habitantes han podido sobrevivirla por la convicción que tienen de ser propietarios del predio que habitan. El 91% de las viviendas, de un total de 248 en la colonia, son propiedad de sus ocupantes; 7% son prestadas y 2% son alquiladas. En el ala oriente de la colonia se ubican las viviendas construidas con materiales de más resistencia, muchas de ellas cuentan con drenaje conectado a la calle y luz eléctrica bien instalada desde hace varios años.

El resto de la colonia, habitada por la mayoría de la población, es la zona que ha sufrido las más importantes transformaciones en el último lustro y eran las que presentaban condiciones de mayor precariedad. Ahora más del 80% de las viviendas han sido edificadas con tabique, varillas y cemento en paredes, techos y pisos. El resto todavía tiene como material de construcción utilizado en el techo, la lámina de asbesto o la lámina de cartón, y una vivienda tiene el techo construido con madera. Todavía una de cada 10 viviendas cuenta con piso de tierra.

Cerca del 95% de los hogares visitados ya disponen de agua dentro de su domicilio. No obstante, aun cuando tienen la instalación correspondiente al "servicio intradomiciliario", la realidad es que enfrentan, con el resto de colonos de Iztapalapa, la escasez e insuficiencia del agua. Algunos habitantes se proveen de agua que reciben de dos hidrantes públicos ubicados en las Colonias Ampliación Paraíso y José Ma. Morelos y Pavón. Abriendo zanjas y alargando las tuberías se logran los llamados "gallos de agua" que surten del líquido a algunos colonos. A partir de mayo de 1995, algunos vecinos han logrado la instalación de grandes tinacos de material plástico donde almacenan el agua y de la que se surten por grifos (a estos tinacos les dan el nombre de "mamilas").

La mayoría de las viviendas cuenta también con drenaje, pero es tal el problema del suministro del agua, que el servicio del drenaje en estas circunstancias, sin la posibilidad del uso corriente del agua, se hace en muchas ocasiones inoperante.

**Cuadro 6. % de viviendas según el número de cuartos
Colonia Canteras del Peñón La Joya
Iztapalapa, 1995**

Número de cuartos/vivienda	Porcentaje %
Un solo cuarto	18.7
Dos cuartos	36.7
Tres cuartos	28.9
Cuatro y más	15.5

El 36.7% de las viviendas consta de dos cuartos, el 28.9% de tres cuartos, el 18.7% de un sólo cuarto y el 15.5% consta de cuatro y más cuartos. El promedio de ocupantes por vivienda es de 4.5 personas por vivienda. El problema de hacinamiento en la vivienda se hace presente en el 56.3% de los domicilios, pues en éstos sólo se cuenta con un dormitorio para toda la familia. El 23.6% de las viviendas tienen dos dormitorios, 6.9% tienen tres dormitorios y el 13% tienen de cuatro a más dormitorios por vivienda. La mayoría de las viviendas ahora tienen integrado el baño y la cocina a la misma construcción, pero en 1995 la realidad era distinta pues el 83.2% tenían el baño fuera de la vivienda. Con respecto de la cocina, sólo el 45.7% de las viviendas contaban con cocina separada y el resto, utilizaban un mismo cuarto para cocina y otros usos.

El 81.6% de los vecinos, eliminan su basura utilizando el servicio de recolección municipal aledaño a la colonia; el 8.9% incinera su basura, y otro tanto la elimina a cielo abierto; dos personas utilizan el entierro de la basura como método de eliminación. La presencia de basura en las calles es menos significativa que la presencia de excretas, éstas, constituyen un verdadero foco de contaminación ambiental.

Las excretas de los animales representan un serio problema de saneamiento ambiental. Además de los perros callejeros, cuyo número no fue posible cuantificar; existe aproximadamente un perro con dueño por cada cuatro personas. En el 54% de las viviendas hay gatos; el 46.9% de las familias tienen aves de corral y pájaros; en menor medida aparecen los cerdos y conejos.

En la Colonia Canteras del Peñón La Joya, la pavimentación es un hecho reciente. Se iniciaron los trabajos en el año 2000 y cubre aproximadamente un 75% de la cantera. Es muy interesante darse cuenta del acuerdo al que llegaron los vecinos, pues se aceptó el pavimento siempre y cuando se respetara el trazo irregular de calles que en realidad son veredas, caminos que caracolean y se conectan haciendo semicírculos; la delegación les proveyó el material y la herramienta, los vecinos realizaron jornadas de trabajo comunitario, las vecinas se hicieron cargo de los alimentos y la bebida. Algunas veredas rodean al cerro y otras lo caminan hacia arriba. La población no cuenta con teléfonos públicos y fue también en el año 2000 que se empezaron a instalar algunas líneas telefónicas en los domicilios.

En el centro social comunitario se recibe el correo de toda la población y de allí se distribuye a los signatarios. Dentro de la colonia no se cuenta con algún medio de transporte; no hay centros de abasto de alimentos, no hay escuelas ni centros recreativos; no hay servicio médico institucional (se conoce el domicilio de una terapeuta tradicional).

Existen, empero, dos pequeños tendajones y algunos vecinos instalan pequeños puestos para la venta de pollo, recaudo y golosinas en la puerta o ventana de su casa. Solamente el DIF tiene presencia institucional a través del funcionamiento de una Cocina Popular, el Centro de Atención Preescolar (que dejó de funcionar en el 2000) y la Unidad Móvil de servicio médico-odontológico gratuito que un día a la semana visitaba a la comunidad (también se retiró el servicio definitivamente en el 2001, después de que la unidad sufrió asalto a mano armada por tres ocasiones).

La luz eléctrica es uno de los servicios más distribuidos, la Compañía de Luz ha instalado los cables y algunas lámparas para el alumbrado público. Ahora son pocos los casos de habitantes que cuentan con conexiones improvisadas; como sea, disponen de energía eléctrica el 98% de las viviendas.

Es claro que en estas condiciones, es difícil satisfacer las necesidades básicas de higiene personal, de los alimentos y de la vivienda, situación que sumada a otros problemas ya citados, condiciona y en gran medida determina el círculo pobreza-enfermedad-pobreza del que tanto se habla en las reuniones a las que asisten los ministros de salud.

Salud y seguridad social

Los datos que aquí se presentan corresponden a los resultados de las 2 encuestas realizadas por los alumnos, pasantes y profesores de la FES Zaragoza en 1995 y 2000. En cuanto al acceso a las instituciones de seguridad social, encontramos que el 67.6% de la población carece de las prestaciones que ofrece la seguridad social. Aun cuando la atención a la salud es una necesidad básica, la mayoría de la población enfrenta la carencia de este servicio en cualquiera de las modalidades en que opera el sistema de salud.

En cuanto a los recursos médicos sólo existe una terapeuta tradicional próxima a la zona que ofrece gratuitamente sus servicios a la población vecina, se maneja por cooperaciones en especie o cuotas económicas voluntarias. Desde 1997 la FES Zaragoza con el apoyo de la organización Cáritas, formuló el Proyecto Comunitario en CPJ y a través de los primeros donativos de la institución Cáritas se logró la instalación de un consultorio médico atendido por profesores y alumnos de la FES Z. Asimismo se pudo habilitar un consultorio dental con capacidad para atender a 6 pacientes al mismo tiempo; y en 1999 se instaló un consultorio para la atención psicológica de la población, trabajo que ha estado a cargo de jóvenes pasantes de la FES Z.

No obstante estos apoyos, la mayor parte de los requerimientos en cuanto a la atención médica se logra fuera de la comunidad. El 34.8% de esta población acude a los servicios de atención médica a población abierta de la SSA; el 50.6% acude a la atención médica privada; el 12.1% se automedica y el 2.3% declara como opción de atención médica la práctica de la medicina tradicional mexicana que representa una parte muy importante de la cultura. Aún cuando el porcentaje parece menor, ya en las visitas cotidianas nos hemos percatado que las prácticas de la medicina tradicional mexicana forman parte de su vida cotidiana desde la prevención, curación y rehabilitación de los enfermos.

Entre muchas de las mujeres de CPJ pudimos constatar el importante arraigo que conservan sobre nociones de la medicina tradicional mexicana y la persistencia en el uso de elementos culturales de estos saberes antiguos para afrontar la enfermedad y el dolor, en donde se combina el juicio sobre la naturaleza de la enfermedad o el dolor y la magia-ritual de salvación que se fabrica con las creencias sobre lo que bien puede curar, tranquilizar, aliviar. Ante el dolor, la pócima, el masaje, la dieta, el arrepentimiento, el canto y la oración, son algunas de las prácticas médicas tradicionales para buscar la reconciliación con lo que se ha perdido: la sensación de bienestar, la tranquilidad.

Ante la enfermedad se llenan de colorido y aromas las casa, las flores, la ropa, los talismanes, los santos en imágenes multiplicadas, las veladoras y los animales, todo se ordena en una actitud laboriosa que consume la fatalidad de saber que la enfermedad nos ofrece la conciencia de la muerte. Frente a la enfermedad del otro se ofrece el acompañamiento, la complicidad y se establece el sentido de compartir la vida con su enfermo, con el semejante que sufre. Se preparará la infusión con canela o manzanilla, azahar o gordolobo, con valeriana o estrella, con las ramas del ajeno o las puntas de la zábila.

Se fabricará un cataplasma, un chiquiador, el emplaste o la pomada, se prenderá el copal o el incienso, se colocará la cruz de palma, los collares de ajo, los listones

rojos en los cactus que se plantan a la entrada de las casas, se chupará el daño; tal vez se ejercitará una limpia con albahaca, pirú o estafiate, con alcohol, romero, malvón y clavel, y agua bendita, para arrastrar los maleficios con la goma y aroma de las yerbas. Esa goma que borra bien, que no mancha. Ese manojo de yerbas que parece escoba nueva. A lo mejor se recomienda fumar el estramoniun, o comprar el champú o el aerosol de los amores, quizá se sugiera tomar sangre de algunos animales para guardar el calor y la energía en el cuerpo; o tal vez alguien ofrezca piedras del buche de las aves para tranquilizar los sobresaltos.

Muchas mujeres poseen el lenguaje de la proximidad, se hacen cadena para conocer de sus voces los rumores de las iglesias, cantinas y mercados; saben de las cosas que causan pena, humillación, aflicción; están dispuestas a buscar razones que expliquen las enfermedades, saben cuidar a los enfermos, saben amortajar a los muertos.

En cuanto a la morbilidad registrada y que sólo consideró los padecimientos sufridos en los últimos quince días anteriores a las aplicaciones de las encuestas, se encuentran en primer lugar, los padecimientos respiratorios, y le siguen en orden de importancia, las enfermedades digestivas, cardiovasculares, endocrinas, de la piel y músculo esquelético, genitourinarias, oftálmicas y autoinmunes. El predominio de las enfermedades respiratorias, puede estar relacionado con las bajas temperaturas de los días últimos de invierno que coinciden con la fecha de aplicación de la primera encuesta, pero sin duda también son consecuencia de las condiciones nutricionales, las características de la vivienda, el número de personas que duermen en un mismo cuarto y la falta de medidas preventivas, entre otros factores.

Un dato derivado de la observación, nos indica que existe entre la población un importante problema de atención bucal, sin embargo, al preguntar a la población sobre su situación de salud general, el daño bucal no es referido espontáneamente como un problema importante.

7.1.2. Evaluaciones nutricionales

Perfil Nutricional (primera evaluación)

La escasez de apoyos logísticos y financieros solamente nos permitieron realizar dos evaluaciones nutricionales a los menores de 5 años. En junio de 1995 se aplicó una encuesta sobre alimentación y valoración nutricional a 99 niños preescolares de cero a 5 años 11 meses de edad. La encuesta se conformó por ocho apartados que incluyeron: identificación de la familia; características de la vivienda y saneamiento; estructura familiar, parentesco e indicadores socioeconómicos; datos de identificación, peso, talla y perímetro braquial de los menores de cinco años; historia alimentaria del menor; ayuda en alimentos; recordatorio de 24 horas para la familia y recordatorio de 24 horas para el menor de 5 años.

Aun cuando se aplicaron encuestas y se tomaron medidas antropométricas (peso, talla y perímetro medio braquial), el principal dato para realizar la evaluación nutricional lo constituyó la información proporcionada por la cinta *Cimder*, tomando en cuenta que es una prueba de tamiz para la identificación rápida de niños con desnutrición aguda, severa y energética; y tomando en cuenta por otro lado, la necesidad de dar información casi inmediata a las madres y quedar en condiciones de establecer con ellas una cita para realizar una evaluación nutricional más fina, a partir de la cual sería posible definir un plan de seguimiento y vigilancia nutricional. El equipo de investigación asignó número a las casas con objeto de poder ubicar a las familias en visitas subsecuentes. Se elaboró un croquis completo y con una tiza se anotó el número correspondiente en cada casa. Se utilizaron básculas calibradas proporcionadas por el DIF y se contó con la asesoría de investigadores del Instituto Nacional de Ciencias Clínicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Resultados

- El 54.5% de los niños en estudio, correspondió al sexo femenino. De los 99 niños estudiados, el 23.2% son niños/as de 1 a 2 años y el 26.2% son niños/as de 3 a 4 años, constituyendo ambos grupos el 53.4% del total.
- El número de familias encuestadas fue de 74, de las cuales, 53 (73%) de ellas no pertenecen al programa COPUSI (Cocina Popular y Unidad de Servicios Integrados, programa dependiente del sistema DIF) y 21 (27%) sí asisten con regularidad a la COPUSI. Sin embargo, cabe destacar que algunas familias cuentan con otros apoyos a la alimentación como son despensas familiares y leche *Licons*, entre otros. Así encontramos que de los 99 niños/as en estudio, el 55.5% reciben apoyo a su alimentación el 23.2% por medio de la COPUSI y el 32.3% por otro mecanismo. El resto, (44.4%) son niños/as fuera de programas de apoyo a la alimentación.
- A nivel familiar, el 27% de las familias recibe apoyo permanente de la COPUSI; el 26% otro tipo de apoyo a la alimentación y el 47% no recibe apoyo alguno. De esta manera quedan conformados, naturalmente, tres grupos para el presente estudio: "A" las familias que reciben apoyo a través de la COPUSI, "B" las familias que reciben otro tipo de apoyo a la alimentación diferente de la COPUSI, y "C" las familias que no reciben ningún apoyo a la alimentación. Vale la pena hacer notar que el 53% de las familias recibe algún tipo de ayuda en alimentación.
- De los tres grupos, destaca que el 47.4% de los niños COPUSI quedan evaluados en color verde utilizando la cinta Cimder, comparativamente, el grupo "B" sólo presenta el 29.6% de niños en cinta verde y el grupo "C" el 25.6%.
- Los niños/as de la COPUSI detectados en color rojo representan el 1% del total; los niños que reciben algún otro apoyo representan el 2% y los menores que no

cuentan con ningún apoyo representan el 8%. Es claro, que los niños del grupo "A" se encuentran en mejores condiciones nutricionales.

- De acuerdo a la valoración realizada considerando el peso y su relación con las características de cada grupo, encontramos que el grupo "C" presenta el más alto porcentaje de niños con bajo peso (52.2%), el grupo "B" le sigue con el 30.4%, y los niños/as COPUSI representan el 17.4%. Con respecto al parámetro peso, encontramos que el 46.6% del total de niños/as tiene un peso inferior al que corresponde idealmente a su edad.
- La valoración por talla establece que aproximadamente el 45% de la población estudiada se encuentra en un estadio intermedio, seguido de un 28.2% con talla baja para su edad y sólo 21.2% son detectados con talla alta para su edad.
- Las diferencias con respecto a la talla que observamos entre los grupos quedan como sigue: el mayor porcentaje de niños/as con talla baja (50.0%) ocurre en el grupo "C", le sigue el grupo "A" con 32.1% y el grupo con "B" el 17.8%. En cuanto a talla alta, las diferencias entre los grupos no son notables: 20.4%, 21.8% y 21.7%, respectivamente. Por estos resultados, podemos inferir que se mantiene la relación entre peso y talla para compensar problemas nutricionales.
- El 62.6% de los niños/as estudiados tuvieron como antecedente la lactancia al seno materno, de ellos, el 37.1% forma parte del grupo "B" el 35.5% forma parte del grupo "C", en tanto que sólo el 27.0% son niños del grupo "A". Sin embargo, al interior del total de niños/as por cada grupo, los porcentajes se modifican notablemente: del total de 23 niños/as COPUSI, el 73.9% fueron lactados al seno materno; de los niños/as del grupo "C" el porcentaje es del 50.0% y entre los niños/as del grupo "B" el porcentaje es de 71.8%.
- Intentando una valoración con base a peso y talla ideal para los menores estudiados, se puede observar que el 75.7% de los niños/as se encuentran

"compensados". De ellos, 48% corresponden al grupo "C"; 29.3% pertenecen al grupo "B" y 27.4% al grupo "A". Sin embargo, al interior de cada grupo encontramos: en el grupo "A" el 73.9% de los niños/as se observan como niños/as armónicos (compensados) en relación a su peso y talla; dentro de esta misma categoría quedan el 81.8% y el 68.7% de los niños/as del grupo "C" y del grupo "B", respectivamente.

- Con respecto a la posible relación entre la escolaridad de la madre y grupo encontramos: del total de madres el 54% tiene una escolaridad igual o menor a primaria concluida. Agrupando por color de cinta *Cimder*, en el rango de color rojo, 50% de los casos ocurren entre madres con una escolaridad promedio de 6 años. En el caso de los colores verde y azul el 60 y el 50% de los casos respectivamente, corresponden a madres con una escolaridad promedio de 9 años. El 25% de las madres tienen estudios secundarios concluidos y el 15.9% tiene estudios superiores a la secundaria.
- Con respecto de la escolaridad de la madre y grupo "B", encontramos: del total de madres de este grupo, el 65.6% tiene una escolaridad igual o menor a primaria concluida. Agrupando por color de cinta *Cimder*, en el rango de color rojo sólo se presentan dos casos y corresponden a madres con primaria y secundaria terminada, respectivamente. En el caso de los colores verde y azul, el 75 y el 40% para cada color, corresponde a madres con estudios de primaria y/o secundarios concluidos. El 34.3% de las madres tienen estudios secundarios concluidos.
- Por último, la relación escolaridad de la madre y grupo "A" es como sigue: del total de madres de este grupo, el 65.2% tiene una escolaridad igual o menor a primaria concluida. Agrupando por color de cinta *Cimder*, el único caso que se registra con color rojo ocurre a una madre con estudios de primaria concluidos. En el caso de los colores verde y azul, el 55.5 y el 50% para cada color, corresponde a madres con estudios secundarios y postsecundarios. El 34.7% de las madres tienen estudios iguales o superiores a la secundaria.

• El indicador de gasto semanal en alimentación de acuerdo a cada grupo, se comportó de la siguiente manera: el 17.5% de las familias declararon que en la semana de referencia a la encuesta (6 al 13 de junio 1995), su gasto en alimentos fue de 121 a 140 pesos; el 14.8% gastó de 101 a 120 pesos, y otro porcentaje igual, tuvo un gasto semanal de 141 a 160 pesos. Agrupando estos porcentajes, queda en un 47.1% el total de familias que gastan semanalmente en alimentos de 101 a 160 pesos, que en términos del salario mínimo vigente para el D.F. (en el momento del estudio) su gasto diario es equivalente al 84.8% y al 134.4% del salario mínimo.

• Cabe destacar que el 17.5% de las familias encuestadas tiene una gasto semanal de 201 pesos y más. Estas son 13 familias, de las cuales, 3 se localizan en el grupo "A", 4 en el grupo "B" y 6 en el grupo control "C". Es en este último grupo de familias donde paradójicamente se declaran los más altos promedios de gasto semanal y más dispersos los rangos de gasto que van desde 41 hasta 201 pesos y más. Los otros dos grupos son más homogéneos y se concentran básicamente en los rangos de gasto que van de 101 a 180 pesos.

• Para fines de seguimiento de los niños/as evaluados, se tomaron en consideración a los niños/as evaluados en color rojo y amarillo; estos representaron el 59.9% del total: 12.9% en rojo y 47% en amarillo.

En el cuadro 7, se ofrece información de conjunto sobre los resultados obtenidos de la encuesta sobre alimentación y valoración nutricional que nos permite señalar resumir el trabajo.

**Cuadro 7. Valoración de niños menores de 5 años con problemas de desnutrición utilizando valores de la cinta Cimder.
Col. Canteras del Peñón La Joya, 13 de junio de 1995**

Nombre niño	1*	2*	3*	4*	5*	Domicilio familiar	Gpo*
1. Araujo Sánchez Juan C.	60	m	17.8	108	ama	A. Víctor Bravo Mza. 1 Lote 2	B
2. Barrera Rodríguez Alma	15	f	9.6	77	ama	Canteras 111	C
3. Bocanegra Torres Jazmín	58	f	13.5	98	rojo	A. Víctor Bravo Mza. 1 Lote 2	B
4. Carrasco Martínez Diana	46	f	15.0	101	ama	Tláloc lote 1 Mzna 1 Paraíso	C
5. Castillo Karina	14	f	8.0	75	ama	Canteras 175	C
6. Castro Ocampo Armando	31	m	13.0	93	ama	Canteras 45	C
7. Castro Ramírez Montserrat	18	f	13.5	82	ama	Canteras 20	B
8. Eusebio Vidal Ana L.	44	f	12.5	92	ama	Canteras s/n	A
9. Fortiz Serrano Arturo	39	m	13.5	90	ama	Exploradores s/n	C
10. García Hernández Jesús	30	m	12.5	85	ama	Canteras 26	C
11. Guillén Rodríguez Dora I.	51	f	14.3	97	rojo	Canteras 28	C
12. Guillén Rodríguez Rosa	29	f	11.2	85.5	rojo	Canteras 28	C
13. Hernández Gazca Diana	48	f	13.0	95	rojo	L 15 Mzna 16 1ª Secc. E.Ote.	C
14. Hernández Herrera Cintia	47	f	12.5	97.7	rojo	Canteras 77	A
15. Hernández Mora Aldo E.	52	m	13.5	93	rojo	Canteras 221	C
16. Huitrón S. Jesús	45	m	16.1	101	ama	Canteras s/n	C
17. Ignacio Morales Rosa M.	33	f	14.0	89	ama	Canteras 102	A
18. Jiménez García Ma. M.	30	f	13.2	91	ama	Canteras 193	B
19. Jiménez Huerta Alejandro	46	m	nd	nd	ama	Campamento 1 Morelos	B
20. Jiménez Huerta Antoniel	72	m	18.0	108	ama	Campamento 1 Morelos	B
21. López Solís Fabián	40	m	18.5	110	ama	Canteras 113	B
22. López Velasco Agustín	42	m	13.6	95	rojo	Brigada Carbajal Lote 4	C
23. Macías Argelia	42	f	14.5	99	ama	Canteras 76	B
24. Martínez Mrtz. J. Carlos	62	m	20.0	110	ama	Exploradores s/n	B
25. Martínez Romo Tomás	36	m	15.0	94	ama	Xochitl Mzna B lote 39	C
26. Murillo Rivera Ana	36	f	11.9	96	ama	Canteras 147	C
27. Murillo Rodríguez Angela	17	f	9.6	75	ama	Prol. Quetzal lote 23 Mzna 4	B
28. Murillo Rodríguez Vicente	33	m	14.5	94	ama	Prol Quetzal lote 23 Mzna 4	B
29. Olivares Romero Diana	38	f	12.0	90	ama	Canteras 84	C
30. Olivares Romero Jorvetit	25	f	13.0	80	ama	Canteras 84	C
31. Olivares Romero Samanta	61	f	17.0	107	ama	Canteras 84	C
32. Pacheco Alejandro	45	m	14.8	98.5	ama	Canteras s/n	C
33. Padua Alvarez Guadalupe	60	f	15.0	102	rojo	Cuitáhuac L1 Mzna 3 col. A. P.	C
34. Pérez Flores Brenda	12	f	12.5	77	ama	Canteras 48	C
35. Pérez Martínez Norberto	48	m	15.0	97	ama	Canteras 188	C
36. Pérez Martínez Omar	36	m	11.5	85	rojo	Canteras 188	C
37. Ramos Aldana Laura	64	f	16.2	110	ama	Canteras 199	B
38. Ramos Aldana Pedro	43	m	14.3	97	ama	Canteras 199	B
39. Reyes V. Fernando	48	m	15.0	101	ama	Canteras s/n	C
40. Rivera Ayala Perla Y.	43	f	13.4	100	ama	Canteras 223	A
41. Rodríguez García David	66	m	15.0	106	rojo	Canteras 41	B
42. Rodríguez García Ernesto	44	m	13.0	95.5	ama	Canteras 41	B
43. Salazar Lara Juan Carlos	41	m	14.0	99	ama	Apatzingán s/n	C
44. Salazar Lara Nayelli	56	f	16.0	102	ama	Apatzingán s/n	C
45. Sánchez Yáñez Areli Y.	25	f	14.0	92.5	ama	A Víctor Bravo Lote 1 Mzna 4	A

46. Sánchez Yáñez Selene	14	f	11.0	72	ama	A Víctor Bravo Lote 1 Mzna 4	A
47. Solís Hdz. Alejandra	17	f	9.0	79	ama	Canteras 81	B
48. Solís Hdz. Estefania	39	f	13.0	95	ama	Canteras 81	B
49. Tapia Saldívar Lizbeth	30	f	13.3	91	ama	Canteras 159	A
50. Vallejo Sánchez José E.	30	m	14.8	94	ama	A. Víctor Bravo Mzna 1 lote 2	B
51. Vargas García Sergio	67	m	17.6	1.10	ama	Canteras 15	A
52. Vicuña Gabriela	48	f	14.8	1.02	rojo	Pablo Menán 1 Col. E. de Ote.	C

1* edad en meses

2* sexo (femenino/masculino)

3* peso en kilogramos

4* talla en centímetros

5* color de la cinta CIMDER

Gpo*. Los grupos quedan divididos de acuerdo a los siguientes criterios: A = Asiste a COPUSI, B = Recibe apoyo en alimentación, C = No recibe apoyo en alimentación (vale recordar que el color verde indica buen estado de nutrición, el amarillo indica el riesgo de desnutrición y el rojo nos indica que existe desnutrición grave)

Perfil Nutricional (segunda evaluación)

La segunda evaluación nutricional se realizó en octubre de 1995. En esta ocasión también se utilizaron las técnicas y los procedimientos que ya relaté. Lamentablemente, errores en la calibración de la báscula impidieron tomar en cuenta los resultados de peso.

Se decidió utilizar los resultados obtenidos del perímetro braquial para detectar problemas y dar información oportuna a las madres. Otros problemas de índole técnica y organizativa retrasaron la hora de inicio, provocando que algunas madres decidieran retirarse sin realizarles la evaluación a sus niños.

Algunos de los resultados más importantes fueron:

- Se evaluaron a 77 niños menores de 6 años. De ellos, 51 niños acudieron por primera vez y 27 fueron subsecuentes. De los 51 niños de primera vez, 26 de ellos (50.9%) fueron evaluados en colores amarillo y rojo: 20 niños (76.9%) en color amarillo y 6 niños (23%) en color rojo.

- De los niños subsecuentes, 3 de los niños cambiaron de amarillo a verde; 2 niños cambiaron de amarillo a rojo, en tanto que el resto, 22 niños, se mantuvieron en la misma evaluación: 5 niños en rojo y 17 en amarillo.
- Llama la atención que el más alto porcentaje de menores evaluados en color rojo, es decir, que presentan desnutrición severa, aguda y energética, corresponden en su mayoría a niñas. Hablamos de una proporción de 2:1, es decir, por cada niño varón desnutrido, encontramos dos niñas.

Estos hallazgos muestran que en CPJ la presencia perniciosa del hambre o alimentación deficiente en extremo, constituyen la primera causa de desnutrición primaria y por lo tanto constituye una de las principales evidencias sobre el problema alimentario en la zona.

De acuerdo a la clasificación de la desnutrición por su etiología, la desnutrición primaria caracterizada por la privación o ingesta insuficiente de alimentos, se presenta en México como una extendida forma de sobrevivir en la pobreza. Es el hambre crónica, el hambre invisible que se instala en la vida de gestación y allí perdura hasta que el individuo nace y generalmente crece y muere con ella. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha dicho que la desnutrición primaria asegura que la sobrevivencia de los niños se logre a través de sacrificar su crecimiento físico y mental como única alternativa para adaptarse y vivir con la escasa energía que reciben de lo que comen, y hacer frente además, a las constantes infecciones que con frecuencia padecen y a otro conjunto de privaciones, incluso afectivas, que comprometen su desarrollo físico, intelectual y emocional.

En México el hambre crónica debe su largueza de vida a la histórica condición de pobreza que hombres y mujeres padecen en nuestro país. El hambre crónica es síntesis de múltiples relaciones intergenerativas del hombre con la naturaleza y del hombre con otros hombres, es efecto de una ordenación irracional entre trabajo,

producción y consumo. La desnutrición primaria como condición de privación de lo elemental para salvaguardar la salud y la vida, es dolor, desesperanza, enfermedad y muerte; es la historia concreta de millones de individuos que cotidianamente enfrentan la pobreza extrema, la exclusión del consumo de bienes y servicios que la sociedad genera. Un niño con desnutrición, aunque sólo sea uno, nos muestra a una sociedad alejada de su responsabilidad moral frente al ser humano, frente a sí misma.

Decía Josué de Castro, "la desnutrición actúa sobre el cuerpo de los individuos, aminorando su talla, minando su carne, corroyendo sus vísceras y grabando con heridas y agujeros su piel, hambre que aniquila al hombre, que también actúa sobre su espíritu, sobre su estructura mental, sobre su conducta social" (Castro,1979:13). La desnutrición provoca que los niños interrumpen su crecimiento como una respuesta adaptativa del organismo que les permite prolongar la existencia a costa de sacrificar peso y talla, restringir el movimiento corporal y en general restringir o suprimir cualquiera de sus relaciones potenciales con el medio. Un niño con hambre "desgasta sigilosamente su energía, reduce solapadamente su crecimiento, disminuye gradualmente su resistencia" (UNICEF, 1983:3).

Bajo estas consideraciones, la nutrición se entiende como un proceso social antes que biológico o bioquímico; proceso que se relaciona con el consumo de otros productos, bienes y servicios que produce la sociedad, porque vivir en la pobreza y la desesperanza no provee de razones para existir sintiéndose una persona valiosa.

Si la nutrición no es asequible, suficiente, adecuada, equilibrada, variada; si no genera satisfacción para el individuo; si no logra establecerse como mecanismo de convivencia, si no contribuye al desarrollo de las capacidades humanas, significa entonces, carencia de oportunidades para el disfrute de la salud.

El hambre que condiciona y preserva el estado de indefensión-desnutrición, es el prototipo de las llamadas *enfermedades de la pobreza*, que constituyeron en la década de los años setenta, una razón más para insistir en el ejercicio de la práctica médica desde las causas sociales que determinan las condiciones de vida y muerte de una población, y la necesidad de formar profesionistas de la salud con una actitud ética y formación pedagógica que les permita informarse y ser críticos ante los problemas sociales y emprender tareas de educación comunitaria en salud, a fin de que el estudio y la atención de la desnutrición pueda ser atendida desde su troncal vinculación con otras carencias como son; el ingreso económico precario, el analfabetismo de los padres, la ausencia de agua potable, de vivienda adecuada, del servicio de drenaje.

Es evidente que no es tarea del médico modificar estas estructuras, pero su acción e influencia social puede constituirse en un importante soporte de las políticas sociales; asimismo, la educación ofrecida a sus pacientes puede ser un estímulo para la toma de conciencia de los problemas que facilite la puesta en juego de estrategias de participación.

Estas eran en esencia, las propuestas de Timio, Laurell, Breilh, Illich, y otros más, que insistían en la necesidad de reflexionar sobre el modelo de desarrollo económico centrado en la ganancia de capital que había desplazado el pensamiento humanista del quehacer médico y proponían la movilización de la sociedad para decidir y participar en la creación de modelos alternativos para la práctica médica, que pusiera en el centro de toda actividad médica el interés por el desarrollo humano como un fin en sí mismo.

Ya en la década de los años 80 y 90 siguieron gestándose discusiones sobre las relaciones de lo social y lo biológico y mucho se ha avanzado en términos de encontrar otros indicadores de correspondencia, no obstante, ha sido rotundamente imposible avanzar del reconocimiento del problema a la puesta en práctica de acciones efectivas. (Kroeger, 1991; Molina, Romero y Trejo, 1991).

En México, hace solo unas cuantas décadas, la pobreza, el hambre y la prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas eran caracterizaciones propias de lo 'indígena y rural'. Hoy, y a pesar de que existan más de 140 mil localidades rurales, es en las ciudades donde vive el 71.3% de la población total del país y es ahora en estos sitios donde con frecuencia percibimos lo que White ha definido como "situaciones de salud intolerables", refiriéndose a la prevalencia de la desnutrición infantil y enfermedades asociadas a la nutrición, a los niños sin vacunar, a las mujeres golpeadas, a los ancianos abandonados. (citado por Schlaepfer e Infante, 1990).

Esta información significa entre otras cosas, la distancia que continúa existiendo entre el discurso y la contundente realidad vivida por los 50, 60 o 70 millones de mexicanos/as que de algún modo sobreviven en condiciones de pobreza. Al menos 25 millones de habitantes en México se encuentran en la llamada pobreza extrema, condición que caracteriza a los hogares que tienen un ingreso total de magnitud tan ínfima, que aún cuando fuera destinado en su totalidad a la alimentación, no les permitiría satisfacer sus requerimientos nutricionales.

En 1896 el Dr. Antonio Peñafiel (1997:97) afirmaba:

... la proporción de enfermedades crónicas parece ser la base para juzgar que tan adecuado es el país para alcanzar una vida larga. Por mi parte, creo que en los países sujetos a grandes epidemias el hombre puede tener una larga vida, pero en donde la proporción de enfermedades crónicas es grande, probablemente no sea así, porque cuando el hombre está sistemáticamente enfermo, y es siempre enfermizo, no puede vivir mucho...

Por otro lado, los resultados a los que llegamos solamente hacen referencia a un cierto tipo de medición en salud (medición cuantitativa). Estamos ciertos de que se hace necesario utilizar también las mediciones subjetivas, cualitativas o de percepción que utilizando preguntas de respuesta cerrada, entrevistas a profundidad o escalas de actitud y valoración de la enfermedad, den cuenta sobre

lo que los individuos experimentan en torno al daño, dolor, incapacidad, expectativas y sentimientos frente a la enfermedad.

Estos indicadores sobre el "sentir" de la población pueden favorecer además, la relación médico-paciente, paciente-institución y paciente-individuo, estudiante-comunidad, en la medida en que el enfermo/a no se separa de su corporeidad para dejarla a decisiones estructuradas fuera de su experiencia vivencial y cultural, sino que, al dejarle voz a su malestar también se posibilita la generación de respuestas que liberan la angustia que produce el estado de indefensión, esa condición en la que deja de tener sentido nuestra responsabilidad frente al cuerpo y sus dolores.

Entre los indicadores más difundidos y aceptados en los medios académicos, se encuentran 'los indicadores de salud positiva'. Estos indicadores se refieren a la búsqueda y evaluación de todas aquellas características del entorno físico y social, y su influencia en el desarrollo de las capacidades físicas y mentales de los individuos.

Eduardo Bustelo (1991), director del UNICEF, al abordar la problemática de la pobreza en América Latina, ha dicho que en la región se han producido hondas transformaciones en la conducción de la política social que se ha deslizado de aquella promesa del estado benefactor de mediados de siglo, a un "estado de malestar" en la última década.

Este "estado de malestar" se caracteriza según Bustelo, por la presencia y agravamiento de dos situaciones: una psicosocial y otra institucional. En el primer caso, se advierte la desesperanza y el descreimiento de la población (sobre todo de los sectores medios) con respecto a la autoridad del gobierno, por disminución y pérdidas de expectativas de ascenso social y del consumo de bienes y servicios.

En el segundo caso, se presenta un desgaste en la producción, conservación y mantenimiento de la oferta de servicios públicos; sobre todo de los servicios médico-asistenciales, que tanto prestigio otorgaron a la legitimidad del estado en décadas anteriores.

Y no es que los responsables de la política social ignoren la problemática descrita. Muestra de ello es el trabajo de Pedro Aspe que siendo secretario de Estado publica un artículo en el que plantea que la relación entre ingreso económico, nivel educativo y condición de salud es proporcional a la cantidad y calidad de servicios educativos y de salud a los que tiene acceso la población. Señalaba la importancia de equilibrar el desarrollo y distribución equitativa de estos factores, pues la modificación o rezago en el crecimiento de alguna variable altera el bienestar social en su conjunto. Los dos argumentos expuestos son: a) a mayor ingreso económico, mayor nivel de educación y salud y b) a mayor nivel de educación y salud, mayor nivel de ingreso económico, en ambos casos, "existe una correlación altamente significativa" y probada con suficientes evidencias, sin embargo, deben valorarse también otros indicadores que alcancen precisión sobre criterios de calidad, que medien entre acceso y consumo la satisfacción de los individuos.

De estas discusiones es que han surgido conceptos como el de *equidad*, *desarrollo humano*, *calidad*, *ventanas de oportunidad*, *participación*, *promoción de la salud*, entre otros. Sobre el concepto de equidad, vale la pena destacar la propuesta de definición que hicieron investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (Hernández Zapata, *et. all.*, 1991), que en términos sencillos significa, acceso de toda la población a los servicios de salud considerando su distribución, utilización, eficiencia, conservación, desarrollo, calidad, oportunidad y cercanía, a partir de incrementar el gasto social tanto para el mantenimiento como para la producción de esos servicios, factores que deberán aunarse a la determinación del Estado para impulsar obras públicas y a la voluntad de la población para fomentar la participación social en la elaboración y consecución de proyectos.

Algunas de las metas que recientemente se han trazado desde la OMS, pueden citarse las siguientes:

- Mejorar la esperanza de vida al nacimiento de toda la población.
- Aumentar las tasas de alfabetismo.
- Incrementar los ingresos familiares.
- Hacer respetar las garantías sociales.
- Facilitar los mecanismos de participación democrática que conduzcan a la equidad y a la satisfacción de necesidades sociales.
- Reglamentar todas las actividades que repercutan sobre el medio ambiente.
- Procurar la inmunización completa de todos los niños menores de 5 años.
- Reducir progresivamente la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.
- Eliminar la desnutrición severa y reducir al 50% la desnutrición moderada.
- Alcanzar una matrícula escolar universal para todos los niños en edad escolar.
- Acceso universal al agua potable y drenaje.

El estudio de las condiciones socioeconómicas y de salud que encontramos en Canteras del Peñón La Joya, es de primer acercamiento a los problemas de la población, pues existen en lo cotidiano, innumerables carencias y dificultades para los habitantes que es imposible anotar en su totalidad. Y, a pesar de todo ello, las mujeres logran sortear muchos obstáculos para asegurar el cuidado y alimentación de sus hijos y preservan en lo posible, un orden social y ambiental.

Al relacionarnos con las mujeres del lugar, pudimos volver a pensar en que todos los seres humanos nacemos, enfermamos y morimos en sociedades determinadas, por ello nuestra vida de relación social es y forma parte de un conjunto de factores que ofrecen o restan vitalidad; y si bien siempre somos corresponsables de la vida propia y de la de los otros, es un hecho que sin los soportes de la conducta ética y moral de las comunidades, el edificio de las relaciones humanas hace mucho se hubiese derrumbado.

7.1.3. Elaboración de instrumentos y material didáctico

Los alumnos desplegaron un importante trabajo de producción de relaciones con los individuos de la comunidad que facilitaron las actividades de promoción y fomento de la salud. Realizaron trabajo con niños/as, jóvenes y adultos/as. Promovieron la asistencia de la comunidad a: pláticas, demostraciones, sociodramas, teatro guiñol, conferencias. Asimismo, elaboraron invitaciones, volantes, dípticos, trípticos, folletos, recetarios, juegos de mesa; diseñaron diaporamas, videos, rotafolios, franelógrafos.

Se definió un lugar para establecer el *Casino de la Salud* y allí se entregaron rompecabezas, juegos de memoramas, juegos de serpientes y escaleras, de dominó, de baraja, láminas para iluminar, entre otros. Estos juegos los diseñaron los alumnos con temas que se habían expuesto a lo largo de 6 meses. También se obtuvieron por donación de librerías y centros preescolares cercanos, materiales de papelería y juegos de mesa diversos.

7.1.5. Trabajo multiprofesional e interdisciplinario

A finales de 1996 se incorporaron al trabajo de campo profesores y alumnos de la carrera de odontología de la FES Zaragoza. Especialmente los profesores Tomás Joya, Pilar Adriano, Guadalupe Díaz y Angélica Rodríguez, quienes además de organizar los recursos, ofrecían la atención odontológica en la unidad de Investigación Modelos de Servicio Odontológico de la Colonia Ejército de Oriente (IMSO) en Iztapalapa. Esta unidad se encuentra a escasas 12 cuabras de la Colonia CPJ y constaba de 6 equipos de servicio para trabajar simultáneamente.

El modelo IMSO es también una propuesta del modelo curricular de la FES Zaragoza para la formación de cirujanos dentistas, que *grosso modo* equivale al trabajo teórico-práctico que realizan todos/as los/a alumnos/as de nuestra escuela;

cumple además con el desarrollo de las funciones sustantivas de la UNAM: docencia, investigación, servicio y extensión de la cultura científica y humanística.

Desde 1997 se incorporaron psicólogos/as de la FES Zaragoza a realizar algunas actividades de diagnóstico e intervención. Es importante destacar la participación de las profesoras Celia Palacios y Elisa López. La profesora Palacios organizó brigadas de trabajo con estudiantes del área educativa para trabajar con los niños menores de 5 años, para organizar la biblioteca y para asesorar a padres de familia en el cuidado y atención de los niños preescolares. Por su parte, la profesora López se encargó de ofrecer atención psicológica a jóvenes y adultos. Formó grupos de reflexión y realizó trabajo terapéutico con individuos, familias y grupos.

Desde 1999 se instaló un consultorio para atención psicológica atendido por pasantes de la carrera de psicología. En este último proyecto ha sido decisiva la participación de la Mtra. Cruz Montes Cartas quien funge como responsable del Servicio Social de la Carrera de Psicología. Hasta el momento han trabajado 6 pasantes en la localidad. Los problemas que han abordado en sus proyectos de trabajo han sido: farmacodependencia, maltrato familiar, violencia doméstica, alcoholismo y problemas de aprendizaje en los niños; han realizado talleres de lectura, de manualidades y de relajación. También realizan tareas terapéuticas especialmente entre niños y mujeres.

En 1998, el biólogo Ramiro Ríos contribuyó con una investigación sobre una plaga de *pulga de tierra* que agobiaba a la comunidad. Los colonos habían estado utilizando todo tipo de insecticidas para eliminarla y no habían obtenido éxito. Ramiro Ríos se llevó una muestra de suelo y a los pocos días entregó una sustancia que eliminó por completo la plaga.

Un trabajo relevante ha sido desarrollado por los compañeros responsables de diseño gráfico y televisión. Gracias al apoyo de Ricardo Baltasar y Rocío Prieto,

se diseñaron tres videos sobre el TCSC. Estos materiales han permitido difundir el trabajo en diversos eventos académicos y se realizó una proyección con los colonos que festejaron con gran sorpresa y gusto encontrarse en las diversas escenas del material. Copias del video les fueron entregadas a la población. Asimismo, Gabriel Reynoso, Israel Mundo y Francisco Mitre, contribuyeron a la difusión impresa del proyecto.

7.2. Actividades de organización y gestión cultural

7.2.1. La creación de la biblioteca *Tlahucopa*

La creación de la Biblioteca *Tlahucopa* fue sin duda uno de los logros interinstitucionales y de participación comunitaria más importantes. El nombre de la biblioteca se eligió entre seis propuestas elaboradas entre las líderes y los profesores. Se presentaron a los colonos y se distribuyeron volantes para que pudieran votar por el nombre que más les gustara, en los volantes se escribió el significado de cada propuesta. Se eligió el nombre *Tlahucopa* y se mandó diseñar el glifo correspondiente. Todos los libros donados fueron sellados y el sello con el glifo fue también donado a la biblioteca.

De acuerdo a José Sánchez Barrera (profesor de la FES Zaragoza y hablante de Nahuatl) precisa que: lo que en castellano se llama los cuatro puntos cardinales, los mexicanos de antes de la invasión española llamaban (y aún llaman) los cinco rumbos del mundo; son cinco porque, además de los que corresponden en algún sentido con los cuatro puntos cardinales, existe otro que es hacia arriba. Aquí enunciaremos los cuatro rumbos horizontales, pero explicaremos solamente uno: *tlahucopa*.

Los cuatro rumbos corresponden, respectivamente, al este, sur, norte y oeste; helos aquí: *tlahucopa* (lugar o rumbo de la luz), *huitztlampá* (lugar o rumbo de las espinas), *mictlampá* (lugar o rumbo de los muertos), *cihuatlampá* (lugar o rumbo

de las mujeres). Los mexicanos de la época prehispánica para orientarse no miraban hacia el norte, sino -de pie en tlahucopa- miraban hacia donde el sol se pone, es decir hacia el rumbo de las mujeres (cihuahlamp), occidente, según la visión europea, de modo que se "orientaban" mirando en la dirección que el sol mira en su movimiento diurno aparente; así les quedaba la región o rumbo o lugar de los muertos (mictlamp) -o norte para la cultura occidental- a la derecha; y la región o rumbo o lugar de las espinas (huitztlamp), que en castellano se llama sur, a la izquierda.

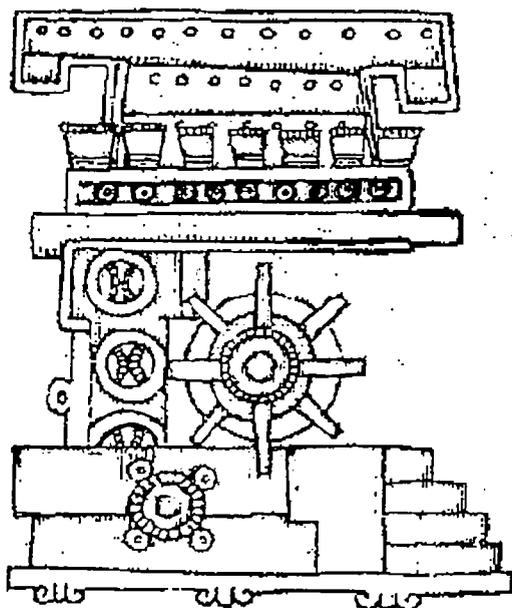
Tlahucopa se llama así, porque es de este rumbo de donde sale todos los días el sol, en su movimiento diurno, e inicia su trabajo diario que consiste en dar luz -y con ello vida- a la humanidad. Se desplaza ascendiendo por los diferentes niveles del cielo (que quedan representados en las pirámides), acompañado por los soldados muertos en combate, que sólo llegan hasta la mitad de la jornada, porque a partir de allí, quienes lo acompañan hasta el último momento del día son las mujeres que murieron en el proceso de parto; por eso, el rumbo por donde se pone el sol se llama cihuahlamp (lugar de las mujeres).

Una biblioteca, en sentido metafórico, es una fuente de luz, pues luz es el saber; así que llamarla **rumbo de la luz o donde la luz se origina**, es decir, *Tlahucopa*, es una idea afortunada, y es mejor si, además, ésta se encuentra en la parte del Valle de México (que en realidad es una cuenca) donde inicia el sol su trabajo del día, a saber, en el oriente.

El glifo y sello de la Biblioteca Tlahucopa se obtuvo de la lámina 49 del Códice Borgia, en la cual el rumbo de la luz (tlahucopa) queda representado por un templo edificado sobre una pirámide de dos niveles, al cual se llega por una escalinata delantera. En el muro de la pirámide se ve el glifo *chalchihuitl*, que representa una "piedra preciosa verde" o lo "precioso" (según interpretación de Seler Eduard, *Comentarios al Códice Borgia*, F.C.E., México, 1989). Los postes de la cámara están adornados con espejos cuyo centro es un corazón. El tejado de paja tiene

un caballete ancho doblado hacia abajo. En la base de la techumbre se ve un friso incrustado, compuesto de discos de piedras finas del cual brotan siete flores.

Este **templo del rumbo de la luz**, se concibe como una casa florida, un templo de lo precioso. En el interior de la cámara hay un disco solar que, desde luego, representa al sol en el momento de iniciar su jornada diaria.



7.2.2. Donativo de mobiliario para el centro preescolar

Se hicieron gestiones para recibir en donación mesas, sillas, mamparas, estantes y un mimeógrafo, materiales a los que la comunidad realizó reparaciones y destinó de acuerdo a sus necesidades, a los diferentes espacios con los que cuenta el centro comunitario. Las señoras hicieron los inventarios y asignaron responsabilidades entre ellas para su cuidado.

7.2.3. Relaciones con el DIF

Se hicieron las gestiones para que el DIF a través de una unidad móvil de atención médico-odontológica, otorgara consulta gratuita a los colonos presentándose en la zona una vez a la semana durante varias horas al día. El DIF revisó su programa de despensas familiares y de la COPUSI (*Cocina Popular y Unidad de Servicios Integrales*) y en diversas reuniones con los colonos se discutieron y analizaron propuestas de mejoramiento para ambos programas.

El DIF entregó a las líderes de la comunidad un listado de dependencias pertenecientes al Sistema DIF y localizables en la propia Delegación Iztapalapa a fin de que las familias puedan tener acceso a otros beneficios y servicios que brinda la institución. Asimismo, todas las escuelas preescolares y primarias aledañas a CPJ quedaron inscritas en el *Programa de Desayunos Escolares*.

A través de la FES Zaragoza, se estableció contacto con la Embajada de Holanda para tramitar apoyo a los colonos mediante el *Programa de Financiamiento a Pequeños Proyectos Comunitarios*. La Sra. Dávila realizó las gestiones para crear un taller de costura en la colonia, que permitiera crear fuentes de empleo para las mujeres.

7.2.4. Relaciones con la organización CÁRITAS

En 1996 se establecieron relaciones con la organización CÁRITAS a través del presidente de la Junta de Asistencia Privada, Lic. Víctor García Lizama, quien nos contactó con el director de Cáritas, el Pbro. Manuel Zubillaga. Ambos realizaron visitas a la zona y desde 1996 hasta 2002, Cáritas estuvo apoyando diversas gestiones, entre las que destacan:

- Creación de un consultorio médico que ha tenido tres sedes: comunidad La Joyita, Col. Ejército de Oriente y Col. Canteras del Peñón La Joya, donde actualmente opera.
- Otorgamiento de becas para los responsables del servicio médico, servicio psicológico y para la responsable del Banco de Alimentos.
- Donación de equipo para el consultorio médico y para realizar el diagnóstico nutricional.
- Su apoyo resultó decisivo para inscribir a la comunidad en el Banco de Alimentos.
- Financiamiento para reparar las instalaciones del IMSO (unidad de atención odontológica) en la Col. Ejército de Oriente.
- Donación de un módulo preconstruído para ser utilizado como bodega del Banco de Alimentos.

7.2.5. Relaciones con la Fundación Bartolomé de las Casas

En 1998 se establecen relaciones de trabajo comunitario con la Organización No Gubernamental *Fundación Bartolomé de las Casas* (FBC), que encabeza la Lic Virginia Ortiz Mena. Con la FBC se estableció un vínculo con la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco y se realizó un programa para la detección de Diabetes e Hipertensión Arterial y un programa de prevención y atención de estas enfermedades. La FBC ofreció su programa de becas y de capacitación para el trabajo a los adolescentes y jóvenes de CPJ.

La fundación ofrece talleres de serigrafía, panadería, carpintería, tortillería; cuenta además con programas de alfabetización de adultos jóvenes en ciclos de primaria y secundaria. Muy pocos jóvenes se incorporaron al proyecto y a la fecha no hay jóvenes inscritos en la FBC. Esta organización donó en 1999 cuatro máquinas de coser para empezar con el taller de costura en CPJ.

7.2.6. Convenio entre FES Z y Delegación de Iztapalapa

En 1998 se firma convenio de colaboración entre la FES Zaragoza y la Delegación de Iztapalapa a través de la Subdelegación de Desarrollo Social y de la Subdelegación Territorial No. 4 *Ermita-Zaragoza*, dependencias encabezadas por la Lic. Chantal Crespy y el Sr. José Luis Anguiano, respectivamente. Por la FES Zaragoza firmó el director, Dr. Benny Weiss Steider. El objetivo del convenio era el de impulsar los trabajos de desarrollo comunitario mediante el trabajo interinstitucional. Cabe hacer notar que durante 1997 y hasta el año 2001 siempre se obtuvo la colaboración con las autoridades delegacionales.

El mayor beneficio otorgado a la comunidad de CPJ fue sin duda, la gestión de introducción de servicios públicos a toda la comunidad, hasta entonces inexistentes, asimismo, se otorgaron materiales de construcción a bajos precios y en algunos casos regalados, para la edificación y reparación de las viviendas, así como para el centro comunitario. Por otro lado, las autoridades de la FES Zaragoza facilitaron las gestiones del grupo de trabajo, donaron materiales y equipos para la instalación de los consultorios y facilitaron la apertura del servicio social.

A finales del año 1998, la Lic. Chantal Crespy, subdelegada de Desarrollo Social (Delegación Iztapalapa) propuso al entonces director de la FES Zaragoza, MSP Arturo González Pineda, renovar el convenio de colaboración interinstitucional entre la Delegación y la Facultad para impulsar en CPJ un *Programa de Salud*

con Participación Comunitaria. La licenciada Crespy coronaba su oficio diciendo: "identificamos a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza como una institución de reconocido prestigio en la realización de actividades de docencia, investigación y servicio en el área de las ciencias de la salud. Sabemos que en sus planes de estudio se incluyen actividades de trabajo comunitario y que muchas de estas actividades han impactado positivamente la formación en salud de algunos vecinos de la Delegación".

7.3. Extensión de otros servicios otorgados por la FES Zaragoza

A través de las gestiones de la T.S. Lilia García de la Torre, la Clínica Multidisciplinaria *Zaragoza* otorgó la consulta médica gratuita a los habitantes de la Colonia Canteras del Peñón La Joya. Esto permitió lograr un espacio de mayor comunicación y confianza entre el equipo de trabajo y la comunidad, pues se pudo hacer el seguimiento médico de algunos pacientes, y por otra parte, reafirmar en la consulta información sobre prevención y tratamiento oportuno de ciertas enfermedades.

La maestra Dolores de la Cruz y la Química Martha Sánchez, contribuyeron a la dotación de reactivos y realización de estudios de laboratorio para los niños con desnutrición severa. La FES Zaragoza a través de su Laboratorio de Análisis Clínicos otorgó las facilidades de pago a los pacientes con dificultades económicas. Los estudios se realizaron a fin de confirmar diagnósticos y facilitar las prescripciones médicas.

El maestro Cosme Ortega, jefe del departamento de actividades deportivas, estableció con los colonos algunos acuerdos para permitir que los jóvenes de CPJ pudieran utilizar las instalaciones deportivas de la FES Z.

En el inventario hecho, debe quedar claro que la participación de los colonos de CPJ resultó el ingrediente central del proyecto, pues las gestiones realizadas y los

apoyos recibidos siempre se vieron acompañados por la inagotable capacidad de negociación que los colonos han sabido capitalizar. Hubo momentos en los que creímos que sería imposible esperar que las metas propuestas se alcanzaran a cabalidad. Afortunadamente, nos equivocamos.

8. Conclusiones y propuestas

Puede afirmarse que la población de la colonia Canteras del Peñón La Joya (CPJ) es una comunidad o tipo de sociedad producida por sí misma, en el sentido que Touraine lo propone cuando anota: la sociedad —y no sólo la sociedad moderna— se produce a partir de modelos culturales: modelo de conocimiento, modelo de acumulación y modelo étnico, que están a su vez vinculados con un estado de la producción y, más precisamente, con un nivel de historicidad, es decir de capacidad de producción de la sociedad por ella misma” (Touraine, 1995:11). O bien, en los términos en que señala Bolio: “la sociedad es el resultado de un conjunto de relaciones, acciones y acuerdos entre los integrantes de una población” (Bolio, 1996:28) cuya regularidad, especificidad y recurrencia permiten caracterizar a un grupo humano ya sea por su participación cultural y/o política.

Desde una perspectiva weberiana, en CPJ pervive una *comunidad* en la que existe “un sentimiento subjetivo de los partícipes para constituir un todo” (Weber, 1976:33). Al referirse a la caracterización de una comunidad vecinal, Weber sostiene que ésta puede entenderse como una relación social condicionada por la proximidad espacial donde con frecuencia ocurren actividades convencionales, es decir, encuentros, fiestas, faenas de trabajo, defensa de un bien común u otros acontecimientos que aglutinan o comprometen a los vecinos; en CPJ todo esto ocurre literalmente.

CPJ es una comunidad de vecinos condicionada por el mismo proceso de colonización, por la dificultad legal de regularizar la propiedad de los predios, por la incólume voluntad, particularmente de las mujeres, para construir sus *hogares* en un lugar inhóspito y peligroso; por la participación de los vecinos en las fiestas colectivas, por sus organizaciones civiles como el *Consejo de Ancianos* o el *Consejo de los Jóvenes*; por la aceptación de definir colectivamente que áreas pueden ser utilizadas para la cocina popular, la peluquería, la biblioteca, el

consultorio; para recibir el correo, para notificar asuntos, para construir una capilla, entre otros.

En esta localidad, se ha desarrollado un intenso trabajo de sobrevivencia en lo individual, pero también, se han establecido diversas formas de relación, identidad, comunicación y desarrollo colectivo que han creado y fortalecido estructuras de organización y participación de la comunidad. Muestra de ello es el reconocimiento y apoyo que la población otorga a sus lideresas para que sean las que definan y dirijan la operación de jornadas colectivas para mejoras de la colonia, la distribución de responsabilidades entre colonos para la realización de tareas diversas, la organización de fiestas y reuniones en común y otras formas de vida cotidiana que ocurren como elementos de unidad.

Canteras del Peñón La Joya es una comunidad de personas que han sufrido las consecuencias de una burocracia ineficiente, exclusión y discriminación de autoridades, arrendadores, empleadores; el engaño y abuso de organizaciones políticas. Es una comunidad que se integra por la urgencia común que representa *ganar* un lugar de la ciudad para vivir. Muchos de sus habitantes vienen de comunidades que se han ido desintegrando por la migración, por la pérdida de sus tierras, por la ausencia de oportunidades para desarrollarse, así que llegar a CPJ y apropiarse del suelo se convierte en el proyecto colectivo principal y en el pretexto de encuentro para hacerse comunidad.

Esta ambición por hacerse dueños de la tierra, aún con todas las carencias que presenta la zona, es la principal semilla con la que se siembran esas casas. Esa interminable espera por tener documentos oficiales sobre la propiedad de predios que habitan desde hace 30 años, parece constituirse en la goma pegajosa que los une a pesar de la existencia de todo tipo de conflictos, contrastes, diferencias y hasta oposiciones sobre proyectos y actividades. Esa *oficialidad* que tanto les preocupa, cuando en realidad las autoridades no acechan sus predios, parece más, una lucha por hacerse visibles y mostrar la unidad que les caracteriza.

Cada vecino sabe quién es su vecino, cada cual lleva un censo permanente para actualizar nacimientos y muertes. Absolutamente nadie que sea desconocido entre ellos puede ocupar un espacio; cada uno de los terrenos está asignado a *alguien* en particular y sólo la voluntad de la comunidad permite la reasignación o decide la utilización de los espacios.

Ciertamente se lograron establecer relaciones de cordialidad y confianza entre los colonos y el equipo de trabajo y la presencia interinstitucional otorgó mayor peso a la influencia de ambas instituciones en actividades particulares y de conjunto. Ello fue específicamente notable cuando se realizaron las evaluaciones nutricionales y cuando se estableció la biblioteca. Por un lado, el DIF organizó con los colonos la asignación de espacio y la construcción de estantería, mientras la FES Zaragoza, organizó los donativos y la entrega de los libros, materiales diversos y mobiliario.

La participación de la comunidad en el diseño de actividades fue crucial. Los colonos reconocen y valoran la organización comunitaria como un medio para alcanzar fines y no presentan grandes resistencias por participar en la toma de decisiones colectivas, ello contribuyó definitivamente, a que recibieran importantes apoyos de las autoridades de la Delegación Iztapalapa.

En los últimos cinco años, los colonos de las canteras han transformado sus viviendas, en su gran mayoría han dejado de ser construcciones improvisadas, con materiales poco duraderos y resistentes como las láminas de cartón en techos y paredes hechas con piedras amontonadas. Han superado notablemente el problema de los servicios públicos. No obstante, quedan aún muchos problemas por atender: alcoholismo, desempleo, drogadicción, violencia familiar, des-abasto de alimentos, control de fauna nociva, recolección de basura y otras necesidades de saneamiento ambiental.

Pero los estudiantes y profesores que allí estuvimos trabajando tampoco pudimos sortear muchas dificultades y llegamos a la conclusión de que todo principio es

más sencillo que cualquier continuación. Estamos conscientes de los enormes beneficios que los alumnos reciben de esta actividad y que han quedado descritos, pero también nos dimos a la tarea de pensar en las dificultades que se presentaron, entre las que importa señalar:

- Existieron dificultades de tiempo y distancia geográfica entre las instituciones participantes para la planeación conjunta y la realización de ciertas actividades, de tal manera que no se concretó, en algunos casos, la participación interinstitucional para el diseño de los programas de intervención, aunque se obtuvieron valiosas colaboraciones.
- No siempre se coincidió con la asistencia de todos los profesores para organizar y participar en seminarios conjuntos, y después del primer año de trabajo, los alumnos fueron asignados a otra zona.
- Algunos profesores no establecieron buena comunicación con los alumnos y viceversa, en consecuencia, las funciones de asesoría no siempre se cumplieron satisfactoriamente. En opinión de los profesores, algunos alumnos leen poco, no expresan dudas, participan limitadamente y muestran actitudes apáticas frente a las exigencias de estudio. En opinión de los alumnos, algunos profesores son autoritarios, faltan a clases o llegan tarde y son poco comprometidos con el trabajo.
- Es limitado el tiempo para realizar investigaciones profundas, incluso resulta complicado discutir aspectos de planeación, y sobre todo, pocas veces se logra retroalimentar los procesos de captura de datos, análisis de información y confrontación de resultados. Se carece de algunos recursos y apoyos lógicos que pudiera proporcionar la infraestructura física de la FES Z (por ejemplo: transporte, computadoras, servicio de fotocopias, nutricintas, básculas calibradas).
- Con relación a los objetivos del servicio, nos encontramos con serias limitaciones para equilibrar la carga docente con las actividades en servicio. Con frecuencia no se logra ser flexibles en el control del tiempo y siempre se otorgó prioridad al calendario y programa académico.

- Los alumnos expresaron entusiasmo al iniciar el trabajo de campo en salud comunitaria, no obstante, éste fue declinando conforme avanzó el año escolar.

En una evaluación realizada con los alumnos y profesores a fin de año (Ferro F.L., y Rodríguez O.I., 1995), resultó que según opiniones de los alumnos los principales problemas en TCSC son:

- Se emplea mucho tiempo y dinero en elaborar el material promocional
- No todas las personas se comprometen igual para participar
- Conforme avanza el año lectivo los miembros de los equipos entran en dificultades personales, de identificación con el programa académico o de organización interna que obstaculizan la relación de trabajo.
- Consideran excesivo el número de actividades en comunidad
- Observan poco entusiasmo en algunos profesores, compañeros del grupo y miembros de la comunidad.

No obstante, admiten que el TCSC tiene las siguientes ventajas:

- Les ayuda en su formación profesional porque aprenden a relacionarse en grupo y frente a la comunidad.
- Superan inhibiciones para establecer una relación y superan la timidez para expresarse.
- Adquieren confianza en sí mismos, elevan su autoestima, logran mayor identificación con su carrera.
- Se capacitan en el diseño y ejecución de la investigación socio epidemiológica y en el manejo verbal y gráfico de contenidos de salud pública.
- Las actividades de TCSC les exige un importante esfuerzo para sistematizar el estudio, vincular teoría y práctica, pensar en forma interdisciplinaria y superar dificultades para la comprensión e integración de problemas a resolver.

Con respecto a opiniones de los profesores, mencionan estar convencidos de los beneficios que el TCSC aporta a la formación profesional de los médicos, no obstante, reconocen algunas dificultades, tales como:

- Dificultades de acceso a las zonas de trabajo
- Falta de participación de alumnos en la organización integral del trabajo
- Ausencia de comunicación con las autoridades académicas y administrativas
- Falta de recursos para la realización de las tareas

En cuanto a la comunidad entrevistada en este mismo estudio de evaluación, resulta relevante hacer notar que en su opinión:

- El trabajo que realizamos es en general de mucha utilidad
- El esfuerzo de los alumnos siempre es permanente y útil
- Los maestros y alumnos siempre contestaron sus preguntas
- Cuando van los alumnos salen de la rutina y aprenden cosas nuevas

El trabajo de campo en salud comunitaria que realizan los alumnos y profesores de la carrera de medicina desde hace 27 años, continúa siendo una importante estrategia de enseñanza-aprendizaje y de extensión universitaria. La experiencia en Canteras del Peñón La Joya es solamente un ejemplo que se relata. Sin embargo, faltaría hacer el inventario completo de cómo cada grupo de profesores crea sus propias estrategias pedagógicas; cómo cada comunidad toma sus decisiones con respecto a nuestra invitación de trabajo y cómo los alumnos de los diferentes grupos se benefician de la experiencia obtenida no sólo al finalizar un curso; sobre todo, importa saber cómo utilizan e incrementan su capital cultural para integrar aspectos técnico-científicos y humanísticos en su práctica médica profesional, y conocer con mayor certidumbre, el beneficio social obtenido de su formación en el TCSC.

Recuperar la experiencia de la FES Z en este quehacer, permitiría comprobar que la metodología de trabajo de campo en salud comunitaria:

- Puede ser replicable y funcional para otras comunidades
- Apoya la extensión de cobertura en promoción y educación para la salud
- Disminuye la barrera de información para el acceso a los servicios de salud
- Aporta cambios cualitativos en la conducta de los que participan
- Informa sobre aspectos de gestión interinstitucional
- Retroalimenta el programa de estudio
- Fortalece y crea nuevas habilidades científicas y actitudes éticas
- Refuerza el carácter humanista y la función social de la Universidad en su compromiso de extensión y servicio.

Deseo cerrar este trabajo con palabras que pronunció el maestro Pablo González Casanova cuando recibió el *Doctorado Honoris Causa* de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos en noviembre del 2002. Tituló su discurso *Sobre nuestra responsabilidad* y dijo:

... Los desequilibrios del sistema social y del ecosistema pueden derivar en una catástrofe para la humanidad, pero también pueden conducir a una salida creadora sin que el futuro sea previsible en términos deterministas o en términos probabilísticos. **...Lo que sí podemos afirmar es que el futuro va a ser muy distinto para el conjunto de la humanidad y del planeta, en función de las medidas que tomemos incluso en pequeños espacios sociales y geográficos (subrayado mío).** ...Las ciencias sociales siempre se han planteado como objetivo hacer realidad valores e intereses... Nuestro pensamiento y acción deben estar dirigidos –con el de millones de seres humanos- a crear una nueva civilización que haga realidad la libertad y la vida. Como universitarios todos –profesores, estudiantes y trabajadores- tenemos una responsabilidad enorme. Asumámosla.

Eduardo Galeano en su discurso ante representantes de al menos 150 naciones que asistieron al tercer *Foro Social Mundial* realizado en Porto Alegre, Brasil (2003) dijo:

El poder identifica valor y precio. Dime cuánto pagan por ti, y te diré cuánto vales. Pero hay valores que están más allá de cualquier cotización. No hay quien los compre, porque no están a la venta. Están fuera del mercado y por eso han sobrevivido... Porfiadamente vivos, esos valores son la energía que mueve los músculos secretos de la sociedad civil. Proviene de la memoria más antigua y del más antiguo sentido común. Este mundo de ahora, esta civilización del sálvese quien pueda y cada cual a lo suyo, está enferma de amnesia y ha perdido el sentido comunitario, que es el papá del sentido común. En épocas remotas... fuimos capaces de sobrevivir porque supimos defendernos juntos y porque supimos compartir la comida...

Una posible alternativa al TCSC podría sugerirse desde la autocrítica. Tal vez han sido demasiados años sin cambios, sin riesgos. La comunidad de la FES Z podríamos intentar nuevos experimentos, del mismo modo que las comunidades a las que asistimos lo intentan cuando les hacemos propuestas de promoción de la salud. A ellos les decimos lo que creemos conveniente desde un horizonte parcial y limitado; tal vez no hemos sido capaces de aprender desde su propio horizonte. Pues como dice Ríos (1994) la promoción de la salud *parece ser una tarea positiva, pero no siempre lo es, pues en algunos casos, el único logro es someter a las poblaciones a nuevas tiranías.*

Nos hace falta discutir qué elementos y programas de la promoción de la salud pueden formar parte de nuestras estrategias, estudiar a fondo los aspectos culturales y factores de socialización que perviven en las comunidades como constituyentes de un cierto tipo de racionalidad, mediante la cual, los individuos, grupos y comunidades solventan sus conflictos, controlan el ritmo de su vida cotidiana y logran imaginar escenarios futuros. Para la FES Z esos escenarios futuros están por construirse.

Reconocimiento

Esta es la relación de personas que en algún momento, con su sentido común-comunitario y con la convicción de su *ser universitario*, se asumieron como parte de este proyecto de trabajo realizado en la pequeña sociedad de la Colonia Canteras del Peñón La Joya.

Profesores del grupo 1109, carrera de medicina (FES Zaragoza)

Leticia Ferro Flores
Salvador Ruiz Velasco Ibarra
Trinidad Lara López
Yolanda Orozco Pérez

Ana Ortíz Martínez
Juan Jesús García Muñoz
Bárbara Sánchez Arreola
Irma Araceli Aburto López

Alumnos del grupo 1109, Generación 1995

Aquino Pallares Blanca
Arroyo Olmos Marcela
Bandala Cervantes Selene.
Barrientos Becerril Hilda
Bello Morales Carmen
Cisneros Gil Abril
Cortés Gayol Edith
Cruz Jiménez Norma
Cruz Ramírez Arturo
Cuevas García Alberto
Cuevas Godina Juan
Espinoza Chávez Odra
Flores Ruiz Marcelina

Franco López Miguel
Galván Pérez Iner
García Castellanos Adriana
Gómez Labastida Jorge
Gómez Gutiérrez Gladis
Guillén Vázquez Marcela
Gutiérrez Castañeda Miriam
Ibáñez Contreras Luis
López Gutiérrez Claudia
Méndez Olague Hugo
Muñoz García Noren D.
Rodríguez Franco Enrique
Velázquez Velásquez Ivonne

Personal del DIF

Carlos Laguna
Alejandro Cinta
Sara Bravo Villanueva

Miguel A. Ávila
Aníbal Morales
Jorge González

Promotores de la comunidad CPJ

Carmen Dávila Sánchez
María Rocha
Guadalupe Molina

José Luis Anguiano
Dionea Anguiano
David Díaz

Personal del DIF

Carlos Laguna
Alejandro Cinta
Sara Bravo Villanueva

Miguel A. Ávila
Aníbal Morales
Jorge González

Promotores de la comunidad CPJ

Carmen Dávila Sánchez
María Rocha
Guadalupe Molina

José Luis Anguiano
Dionea Anguiano
David Díaz

Apoyo externos en actividades de docencia e investigación

Fernando Lugo Flores (INEGI)
Gerardo Durand Alcántara (INEGI)
Herlinda Madrigal (INNSZ)

Apoyo en actividades de servicio y extensión

Manuel Zubillaga (Organización Cáritas)
Víctor García Lizama (Junta de Asistencia Privada)
Virginia Ortiz Mena (Fundación Bartolomé de las Casas).
Sergio de la Vega (Clínica Multidisciplinaria Zaragoza)
Humberto Velázquez M. (Clínica Multidisciplinaria Zaragoza)
Lilia García de la Torre (Clínica Multidisciplinaria Zaragoza)
Jaqueline Cubillas (Centro Escolar Zaragoza)
Manoli Segurajaúregui (CONAFE)
Esther Smolensky Lew (Particular)
Martha Sánchez (Clínica Multidisciplinaria Zaragoza)
Dolores de la Cruz (Unidad Universitaria de Investigación en Cariología, FES Z)
Nicolás Avella Martínez (Carrera de médico cirujano, FES Z)
Rocío Prieto (Departamento de Producción Audiovisual, FES Z)
Ricardo Baltasar C. (Departamento de Producción Audiovisual, FES Z)
José Sánchez Barrera (Carrera de Psicología, FES Z)
Dante Aguilar (Carrera de médico cirujano, FES Z)
Ramiro Ríos (Carrera de Biología, FES Z)
Francisco N. (Bioterio de la FES Z)
Feliciano Palestino Escoto (FES Z)
Cosme Ortega Ávila (Departamento de actividades deportivas, FES Z)
Martha Huitrón López (taller de costura)
Araceli Gómez Ortega (Particular)

Editoriales donantes: Fondo de Cultura Económica, Diana, FES Zaragoza, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, SUROMEX, Instituto Nacional del Consumidor, Socicultur, Trillas, Casa del Libro.

Colaboración especial

Benny Weiss Steider
Enrique Aguirre Huacuja
Alma Herrera Márquez
Rafael Sánchez Dirzo
Francisco Álvarez

Manuel Gómez Peyret (+)
Noe Contreras González
Manuel Martínez Tapia
José A. Durand Alcántara
Concepción de la Torre

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Alonso** Barahona, Pedro y García, G. Juan José. *Educación para la salud*, ed., Publicaciones técnicas de medicina preventiva y social, Fac. de Medicina, UNAM, México, 1987.
- Álvarez** B., Luis. "Justo Sierra y la obra educativa del porfiriato", en *Historia de la educación pública en México*, Varios Autores, ed., SEP/FCE, México, 1981, p. 83-115.
- Álvarez** Manilla, José M. *El proceso histórico de los planes de estudio en la ENEP-FES Zaragoza*, ed., FES Zaragoza, México, 2004.
- Ander Egg**, E., *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*, ed., Ateneo, Buenos Aires, 1980.
- Ander Egg**, E., *Desarrollo de la Comunidad*, ed., Ateneo, Buenos Aires, 1982.
- Anderson** Nels. *Sociología de la comunidad urbana*. ed., Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
- ANUIES**. *Planes de Estudio de la Carrera de Médico Cirujano*, ed., ANUIES, México, 1983.
- Avela** Martínez, Nicolás. "1977 ENEP ZARAGOZA - 1977 FES ZARAGOZA", en Colección Dialógica, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 1998, p. 49 a 52.
- Backett** E., Maurice, Daries A. M., Petros B. *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria*, ed. Cuadernos de Salud Pública No. 76, OMS, Ginebra, Suiza, 1985.
- Barreix**, J.B., Castillejos, S.B. *Metodología y Método en la praxis comunitaria*, ed., Fontamara, México, 1985.
- Basaglia** Franco, et al. *La salud de los trabajadores*, ed., Nueva Imagen, México, 1978.
- Béjar** N., R. y Hernández B., H. "La investigación y a docencia en ciencias sociales, elementos para discutir su vinculación con la sociedad", en *Las ciencias sociales en México. Análisis y perspectivas*, ed., IIS/COMECOSO/UAM Azcapotzalco, México, 1994, p. 221-234.
- Beller** Taboada, W. "Hacia la construcción de los fundamentos filosóficos del sistema modular", en *El sistema modular en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana*, ed., UAM-X, México, 1996.
- Benítez** Zenteno, Raúl y Benigno M., José. *Grandes problemas de la Ciudad de México*, ed., Plaza y Valdés/DDF/IPN, México 1992.
- Beristáin** Helena. "Texto y contexto: problemas de la UNAM", en *La Universidad a debate*, No. 1, Ediciones Magíster, STUNAM, México 2001, p. 29-37.
- Berlinger**, Giovanni. *Medicina y Política*, ed., Círculo de Estudios, México, 1977.
- Berrucos** Villalobos, L. (comp). *Conceptos fundamentales del sistema modular*, México, ed., UAM-X, 1998.
- Boils** M., Guillermo y Frasinetti, Murga. *Las ciencias sociales en América Latina*, ed., UNAM, México, 1979.
- Bonfil** Batalla, Guillermo. *México Profundo*, ed., CNA/Grijalbo, México, 1997.
- Boni** Acuña, A. "Interpretación sociológica de la educación modular", en *El sistema modular en la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana*, ed., UAM-X, México, 1996.

- Breilh**, Jaime. *Epidemiología, economía, medicina y política*, ed., SESPAS, Rep. Dominicana, 1978.
- Bruyn**, Severyn. *La perspectiva humana en sociología*, ed., Amorrortu, Buenos Aires, Argentina, 1972.
- Canguilhem**, G. *Lo normal y lo patológico*, ed., Siglo XXI, México, 1981.
- Caro** Guy. *La medicina impugnada. La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista*, ed., Laia, Barcelona, España, 1977.
- Castro**, Josué de. *Geopolítica del Hambre*, Tomo I, ed., Guadarrama, Madrid, España, 1979.
- Cleaves**, Meter P. *Las profesiones y el estado: el caso de México*, ed., COLMEX, Colección *Jornadas*, No. 107, México, 1985.
- CNDH**. *Seminario Salud y Derechos Humanos* (memoria), ed., CNDH, colección *Manuales* No. 13, México, 1991.
- Córdoba**, Arnaldo. "El método de la ciencia política", en *Cuaderno del seminario de problemas científicos y filosóficos*, No. 1, ed., UNAM, 1988.
- CONAPO**. *Características principales de la migración en las grandes ciudades del país. Resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Migración en Áreas Urbanas*, ed., CONAPO, México, 1987.
- CONAPO**. *México demográfico. Breviario 1988*, ed., CONAPO, México 1988.
- Conti**, L., **Berlinguer**, G., et al. *Medicina y Sociedad*, ed., Fontanella, Barcelona, España, 1972.
- Contreras E.**, y **Ogalde**, I., *Principios de tecnología educativa*, ed., Edicol, México, 1980.
- COPLAMAR**. *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000. SALUD*, Vol 4, ed., Siglo XXI, México, 1982.
- Crevena Pedro**, et al. *Medicina y salud*, ed., Ediciones de Cultura Popular, México, 1978.
- Cruz Ruíz**, M., *Modelo de medicina comunitaria "San Pedro Xalpa": programa docente asistencial*, ed., IPN, México, 1981.
- De la Rosa**, M., M. *Promoción popular y lucha de clases (análisis de una caso)*, ed., SEPAC, México, 1979.
- Delarue**, Fernand. *Salud e infección*, ed., Nueva Imagen, México, 1980.
- Deleuze** Gilles y **Guattari**, Félix. *Rizoma*, ed., Ediciones Coyoacán, México, 1996.
- D.D.F.**, *Diagnóstico Sociodemográfico. Distrito Federal*, ed., Secretaría General de Gobierno, México, 1993.
- D.D.F.**, *Distrito Federal Demográfico. Breviario*, ed., Secretaría General de Gobierno y Dirección General de Política Poblacional, México, 1994.
- D.D.F./COLMEX**, *Atlas de la Ciudad de México*, ed., DDF/COLMEX, México, 1989.
- Díaz Jiménez**, B., y **Ferro Flores**, L. "El curriculum de práctica clínica y campo en la FES Zaragoza", en *Colección Dialógica*, México, ed., FES Zaragoza, UNAM, 1998, p. 41 a 44.
- DIF**, *Programa Nacional de Cocinas Populares y Unidades de Servicios Integrales*, ed., DIF, México, 1994.
- DIF/SEP**. *Primer Censo Nacional de Talla en Niños de Primer grado de Primaria*, México 1993, México 1993.
- Donaldson** R., J. *Medicina comunitaria*, ed., Díaz de Santos, Brasil, 1978.
- Dos Santos**, T. *Concepto de clases sociales*, ed., Nuevos Horizontes, México, 1972.

- Durand A. José Antonio.** "Comunidad y Trabajo de Campo", en *Seminario de Sociomedicina*, ed., FES Zaragoza, UNAM, 1993, p. 1-15.
- Echeverría, Bolívar.** *Definición de la cultura*, ed., ITACA/UNAM, México, 2001
- Egers Lan, Conrado.** *Hipócrates. De la medicina Antigua*, ed., UNAM, México, 1987.
- Elliot M.,A. y Merrill F.** *Social Disorganization*, ed., Mc. Graw Hill, New York, 1965
- ENEP Zaragoza.** *El polvorín de Oriente* (Boletín) ed., ENEP Z, UNAM., México, mayo 1976.
- ENEP Zaragoza.** *Manual de evaluación de planes de estudio*, ed., ENEP Z, UNAM, México, 1979.
- Escalante Gonzalbo, Fernando.** *Una idea de las ciencias sociales*, ed., Paidós, México, 1999.
- Fanon, Frantz.** *Los condenados de la tierra*, ed., FCE, México, 1972.
- Fernández Ríos, Luis.** *Manual de psicología preventiva*, ed., Siglo XXI, México, 1994.
- Ferreira, Francisco.** *Teoría social de la comunidad*, ed., Euramérica, Madrid, 1970.
- Ferreira, F. y Paganini J. Acebal, E.** *Medicina de la comunidad, medicina preventiva, social y administrativa*, ed., Interamericana, México, 1996.
- Ferro Flores, Leticia.** *Manual para el Diagnóstico de salud comunitaria*, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 2003.
- FES Z.** *Plan de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano*, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 1995.
- FES Z.** *Manual de Organización de la FES Z*, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 1996.
- Follari R., Hernández, J., Sánchez, P.** *Trabajo en comunidad: análisis y perspectivas*, ed., Universidad Autónoma de Sinaloa, México, 1984.
- Foucault M.** *Nacimiento de la clínica*, ed., Siglo XXI, México, 1966.
- Foucault M.** *La arqueología del saber*, ed., Siglo XXI, México, 1979.
- Foucault M.** *Las palabras y las cosas*, ed., Siglo XXI, México, 1984.
- Foucault M.** *Vigilar y Castigar*, ed., Siglo XXI, México, 1985.
- Frenk, Julio.** *Economía y Salud*, ed., FUNSALUD, México, 1994.
- Freire, Pablo.** *Pedagogía del Oprimido*, ed., Siglo XXI, México, 1970.
- Freire, Pablo.** *Extensión o comunicación?. La concientización en el medio rural*, ed., Siglo XXI, 1973.
- Gadamer Hans-Georg.** *El estado oculto de la salud*, ed., Gedisa, México, 1996.
- Galeano, E.** *Las venas abiertas de América Latina*, ed., Siglo XXI, México, 1971.
- García, J., C. et al.** *Ciencias Sociales y ciencias de la salud*, ed., SESPAS, República Dominicana, 1981.
- García Viveros, Mariano.** *Un programa de educación para la salud sustentado en valores humanos*, parte (1), Fundación ICEPSS, s/lugar de edición, 2001, 65 p.
- Germani, G., et al.** *Populismo y contradicciones de clase en Latinoamérica*, ed., Era, México, 1972.
- Gomezjara Fco.** *Técnicas de Desarrollo comunitario*, ed., Nueva Sociología, México, 1977.
- Gomezjara Fco. Avila, R., Morales, M.** *Salud comunitaria: teoría y técnicas*, ed., Nueva Sociología, México, 1983.
- González Casanova, Pablo.** *La democracia en México*, ed., Era, México, 1965.

- González Casanova, Pablo.** "La nueva sociología y la crisis de América Latina", en *Ciencias Sociales en América Latina*, ed., UNAM, México, 1979.
- González Casanova, Pablo.** *Pablo González Casanova, 6 de mayo de 1970-7 de diciembre de 1972*, ed., Coordinación de Humanidades, UNAM, Colecc. *La Universidad y sus rectores*, México, 1983.
- González Casanova, Pablo.** "Los desafíos de las ciencias sociales hoy", en Pozas H. Ricardo (coord.), *Las ciencias sociales en los años noventa*, ed., UNAM IIS/Instituto Francés de América Latina, México, 1993.
- González Casanova, Pablo.** *La formación de conceptos en ciencias y Humanidades* (fines del Siglo XX, principios del XXI), ed., CEIICH/UNAM, México, 1997.
- Guajardo Olvera, Ana Cecilia.** *Trabajo Grupal*, México, ed., UAM-X, 6ª edición, 1994, p.11 a 21.
- Guevara Niebla., G.** *La rosa de los cambios. Breve historia de la UNAM*, ed., Cal y Arena, México, 1990.
- Gunder F.** *Lumpenburguesía: lumpendesarrollo*, ed., Era, México, 1971.
- Heller, Agnes.** *Sociología de la vida cotidiana*, ed., Península, Barcelona, España, 1977.
- Henríquez Ma. Helena.** "Los estilos de investigación en el análisis sociodemográfico", en *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, ed., El Colegio de México, 1986.
- Hernández Briseño, J.** *Análisis crítico de la metodología de trabajo social*, Universidad de Chile, Santiago, 1971.
- Hernández B., Jeanette., Follari, R., y Sánchez, Peralta.** "Metodología de trabajo en comunidad" en *Trabajo en Comunidad*, ed., Universidad Autónoma de Sinaloa, México, 1984, p. 111-144. *Ibidem.*, p. 45-46.
- Herrera Márquez, Alma Xóchitl.** "El cambio en la década de los noventa: estudio comparado de diez universidades públicas de México", en *La transformación de la universidad mexicana*, ed., Porrúa, México, 2002, p. 9 a 48.
- Hirsch Adler, Ana.** *Educación y burocracia. La organización universitaria en México*, ed., Gernika, México, 1996.
- Ianni, Octavio.** *Sociología del Imperialismo*, ed., SEPSetentas, México, 1974
- Illich, Ivan.** *Alternativas*, ed., Joaquín Mortiz, México, 1974.
- Illich, Ivan.** *Némesis médica. La expropiación de la salud*, ed., Joaquín Mortiz, México, 1978.
- INEGI. Distrito Federal. Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990**, ed., INEGI, México, 1993.
- INEGI, Distrito Federal. Resultados Definitivos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000**, ed. INEGI, México, 2000.
- INEGI. Iztapalapa, cuaderno de información básica delegacional**, ed., INEGI, México, 1992.
- INEGI. Iztapalapa, cuaderno estadístico delegacional**, ed., INEGI, México, 1994.
- INEGI. Iztapalapa, cuaderno estadístico delegacional**, ed., INEGI, México, 1996.
- INEGI, Iztapalapa, cuaderno estadístico delegacional**, ed. INEGI, México, 1999.

- INEGI.** *Iztapalapa, cuaderno estadístico delegacional*, ed., INEGI, México, 2002.
- INEGI,** *Sistema para la Consulta de Información Censal 1995*, (SCINCE95), México, 1996.
- Iracheta** Cenecorta, Alfonso y Villar Calvo, A. *Política y movimientos sociales en la Ciudad de México*, ed., Plaza y Valdés/D.D.F., México, 1992.
- Jaguaribe H., et al.** *La dependencia político-económica de América Latina*, ed., Siglo XXI, México, 1970.
- Jiménez** Guzmán, Rodolfo. "Modelos alternativos de educación superior en México. El caso de la ENEP Acatlán (UNAM)", en *La Universidad a debate*, No. 3, Ediciones Magíster, STUNAM, México 2002, p. 45-62.
- Johnson** Harry. *Sociología de la cultura*, ed., Piadós, Buenos Aires, Argentina, 1972.
- Jores** Arthur. *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*, ed., Siglo XXI, México, 1967.
- Jusidman** C. y Manjarrez J. "Consumo alimentario de los pobres urbanos; modelos de intervención basados en la experiencia de la Ciudad de México" en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, Vol 42, No. 4, Venezuela, 1992, p. 140-149.
- Kaplan**, Marcos. "Crisis y reforma de la Universidad", en *Universidad Contemporánea. Racionalidad política y vinculación social*. Coord. Roberto Rodríguez Gómez y Casanova Cardiel H. *Problemas educativos de México*, ed., UNAM/CESU/Porrúa. México, 1994, p. 53 a 64.
- Katz**, Jorge., Lanza, Jorge., et al. *La Salud en América Latina*, ed., UNAM/FCE, México, 1983.
- Koenig**, René citado por Nels Anderson en *Sociología de la comunidad urbana*, ed., Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
- Leal**, Anibal. *El lugar del trabajo de campo en la ciencia social*, ed., Marymar, Buenos Aires, Argentina, 1972.
- Leal**, Melgar, J.C. *Cómo es México*, ed., Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1989.
- Mac Iver**, Robert M. *Comunidad*, ed., Losada, Buenos Aires, 1984.
- Margadán** de Ugarte, Valentín De, *Manual de Servicios Sociales*, ed., ONU, Washington, 1963.
- Marini**, Ruy M., *Dialéctica de la dependencia*, ed., Era, México, 1973.
- Martínez** Cortés, Fernando. *El Hospital General en el centro de grandes problemas de México*, ed., Bay Gráfica y Ediciones, México, 1971.
- Massolo** Alejandra (comp.). *Mujeres y ciudades. Participación social, vivienda y vida cotidiana*, ed., COLMEX, México, 1994.
- Matute**, Álvaro. "La política educativa de José Vasconcelos", en *Historia de la educación pública en México*, Varios Autores. ed., SEP/FCE, México, 1981, p. 166-182.
- Meléndez** Eduardo, L. *Poder, estratificación y salud*, Ediciones de la Casa Chata, México, 1981.
- Mendoza** Rangel, Ma. del Carmen. "Metodología para el desarrollo comunitario", en *Desarrollo Comunitario*, ed., ENTS/UNAM, México, 2001, p. 36-47.
- Mertens**, Walter. "Investigación sobre población en América Latina" en *Reflexiones teórico metodológicas sobre investigaciones en población*, ed., El Colegio de México, México, 1992.

- Mierr A., et al.** *Medicina comunitaria*, ed., SESPAS, República Dominicana, 1980.
- Mills Wright, C.** *La Imaginación sociológica*, ed., FCE, México, 1975.
- Miranda, Jorge.** *Promoción de la salud*, ed., IMSS, México, 1980, p. 18.
- Montaño, Jorge.** *Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos*, ed., Siglo XXI, México, 1976.
- Morales G.F. y Freyre G.J.** *Estrategias de educación para la salud en trabajo de campo*, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 2003.
- Moreno Cueto, E., Moguel Viveros, J., et al.** *Sociología histórica de las instituciones de salud en México*, ed., IMSS, México, 1982.
- Moreno, Rafael.** *La Universidad de Antonio Caso: comunidad de cultura libre*, ed., Facultad de Filosofía y Letras/ UNAM, México, 1989.
- Moreno y Kalbtk, S.** "El porfiriato. Primera etapa (1876-1901)", en *Historia de la educación pública en México*, Varios Autores, ed., SEP/FCE, México, 1981, p. 41-82.
- Morin Edgar.** *Introducción al pensamiento complejo*, ed., Gedisa, España, 1996.
- Muñoz Humberto, Orlandina de Oliveira y Claudio Stern (comp.).** *Migración y desigualdad social en la Ciudad de México*, ed., UNAM-El Colegio de México, 1987.
- Nassif, Ricardo.** "Las tendencias pedagógicas de América Latina (1960-1980)", en *El Sistema Educativo en América Latina*, ed., Kapeluz, Argentina, 1984, p. 51-102.
- Nolasco A. Margarita.** *Aspectos Sociales de la Migración en México*, ed., SEP/INAH, Tomo II, México, 1989.
- Nolasco A. Margarita.** *Cuatro Ciudades*, ed., INAH, México, 1991.
- Obaya Valdivia A.,** "Aspectos históricos de las unidades Multidisciplinarias y su papel en la UNAM", en *Las Multidisciplinarias*, ed., FES Cuautitlán, UNAM, México, 1995, p. 13-19.
- OPS.** *Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe*, ed., OPS, Washington, 1985.
- OPS.** *Participación social en los sistemas locales de salud*, Serie Desarrollo de servicios de salud, No. 35. Washington, 1988.
- OPS.** *Sociedad y salud*, ed., OPS, Washington, D.C., 1991.
- OPS.** *Temas de salud mental en comunidad*, ed., OPS, Washington, D.C., 1992.
- OPS/OMS.** *Salud para todos en el año 2000*, ed., OPS, Washington, D.C., diciembre 1980.
- Osorno Covarrubias, J.L., Rivas Montes J., et al.** "Características esenciales del modelo de enseñanza modular", en *El modelo educativo de la FES Zaragoza*, ed., FES Z, México, 1996. p.90-93.
- Oswald S., Úrsula.** *Estrategias de supervivencia en la Ciudad de México*, ed., CRIM/UNAM, México, 1991.
- Paoli Bolío, F.J.** *Memorial del Futuro*, ed., Océano, México, 1996.
- Park R., E.** *La comunidad urbana*, ed., Ciencias Sociales, Madrid 1970.
- Parsons Talcott.** *El sistema social*. ed., Prensa libre, Illinois, 1971.
- Pérez Loredo Luz.** *Las clínicas multidisciplinarias y los programas docentes*, ed., FES Z, UNAM, 2003.
- Pérez Tamayo R.** *Medicina y cultura*, ed., UNAM, México, 1988.

- Pírez, Pedro.** *La población y el estudio de lo urbano-regional en América Latina*, ed., El Colegio de México, 1992.
- Pizzorno, A., Gallino, L., et al.** *Gramsci y las ciencias sociales*, ed., Pasado y Presente, México, 1970.
- Poder Ejecutivo Federal (PEF).** *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. México, 1995.
- Poter, V. R.** (citado por Velasco-Suárez M., en *Bioética y medicina*, ed. INNN, México, 1993).
- Pozas A., Ricardo.** *El desarrollo de la comunidad...*, ed., UNAM, México, 1964.
- Pratt, Henry (ed.).** *Diccionario de sociología*. ed., Fondo de Cultura Económica, México, (1980)
- Prawda, Juan.** *Teoría y praxis de la planeación educativa en México*, ed., Grijalbo, México, 1984.
- Rios J.A.** *La educación de los grupos*, ed., SNES, Ministerio de Salud, Río de Janeiro, Brasil, 1984.
- Rivera de Iturbe, G.** *Delegación Iztapalapa*, ed., CEPES, México, s/f.
- Robinson T. H., et al.** *Men, Groups and Community*, New York Harper & Brothers, 1984.
- Rodríguez Ortiz, I., y Durand A., J.A.** *Delegación Iztapalapa, Monografía*, Mecanograma, FES Zaragoza, UNAM, México, 1993, 60 p.
- Rodríguez O. I., y Durand A. J.A.** *La Contaminación en la zona metropolitana de la Ciudad de México: problema de salud pública*, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 1994.
- Rodríguez O., Imelda.** "La desnutrición en México: el hambre invisible" en *Seminario de Sociomedicina*, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 1993, 231-270.
- Rosa Medellín, Martín de la,** *Promoción popular y lucha de clases: análisis de un caso*, ed., SEPAC, México, 1979.
- Ruízvelasco Ibarra, Salvador.** "El médico cirujano en la FES Zaragoza", en *Colección Dialógica*, México, ed., FES Zaragoza, UNAM, México, 1998, p. 48.
- SADD.** (Sistema Abierto para el Desarrollo Docente), *Introducción al estudio de la Universidad y de la FES Zaragoza*, Antología No. 1, ed., FES Z, México, 1998.
- SADD.** *Colección Dialógica –ensayos–*, FES Z, México, 1998.
- Sánchez Ángeles, Raúl y J. Vitelio García.** *Sociología rural*. ed., Oasis, México 1986.
- Sanderson D.** *Democracy and Community Organization*, Publications of American Sociological Society, EUA, 1984 (XVI).
- Saxe Fernández, J.** *Ciencia social y política exterior*, ed., Centro de Estudios Latinoamericanos, UNAM, 1978.
- SEP.** *Tecnología Educativa*, (libros de texto gratuitos para la licenciaturas en educación pre-escolar y primaria), México, 1975.
- Sepúlveda, Jaime.** *La salud de la salud en México*, ed., FUNSALUD, Cuadernos, No. 8, México, 1994, 14 p.
- Serrano Migallón, F.** (coord.). *Desarrollo urbano y derecho*, ed., Plaza y Valdés/D.D.F./UNAM, México, 1990.
- Solana F., Cardiel, R., Bolaños, M.** *Historia de la educación pública en México*, ed., SEP/FCE, México, 1981
- SSA.** *Diagnóstico de Salud Jurisdiccional -Iztapalapa-*, ed., SSA, Servicios de Salud Pública en el DF, México, 1994.

- SSA**, *Diagnóstico de Salud Jurisdiccional -Iztapalapa-*, Servicios de Salud Pública en el DF, México, 2000.
- SSA**, *Informe de Labores 1993 - 1994*, ed., SSA, México, 1995.
- SSA**, *Ley General de Salud 1985*, ed., Libros Económicos, México, 1985.
- SSA**, *Ley General de Salud 2001*, ed., Ediciones Fiscales ISEF, S.A., México, 2001.
- SSA**, *Programa de Organización Participativa de la Comunidad en Salud*, ed., Secretaría Técnica de la Comisión Interna de Movilización Social para la Salud, México, 1987.
- SSA**, *Tercera vigilancia de los progresos en la aplicación de las estrategias de salud para todos en el año 2000*, ed., SSA, México, 1994.
- SSA**, *Veinte Principales Causas de Defunción 1992*, ed., Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, México, 1993.
- SSA/INEGI**, *Estadísticas Vitales 1991*, ed., SSA, México, 1992.
- SSA/UNAM**, *Hacia un sistema nacional de salud*, ed., SSA/UNAM, México, 1983.
- Stern**, Claudio. *Las migraciones rural-urbanas*, ed., El Colegio de México, 1986.
- Tapia Uribe**, F.M. *La educación de la mujer en la cultura familiar y en la salud de los hijos*, ed., CRIM/UNAM, México, 1990.
- Taylor R.**, *Principios básicos del currículum*, ed., Troquel, Buenos Aires, 1973.
- Terrazas**, Óscar y Eduardo. *Preciat. Estructura territorial de la Ciudad de México*, ed., Plaza y Valdés/D.D.F., México 1990.
- Timio**, Mario. *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*, ed., Nueva Imagen, México, 1979.
- Toennies** Ferdinand. *Principios de sociología*, ed., Fondo de Cultura Económica, México 1976.
- Torres Vaca**, Marisela. "La enseñanza de la medicina en la FES Zaragoza, en *Colección Dialógica*, México, ed. FES Zaragoza, UNAM, 1998, p. 45 a 47.
- Touraine**, Alain. *Producción de la sociedad*, ed., IIS/UNAM, México, 1995.
- Trejo Carrillo**, Fernando. *Desarrollo de la comunidad*, ed. SEP, México, 1975.
- UAM X**. *Bases conceptuales de la UAM-X*. Consejo Académico de la UAM-X., México, 1991.
- UNICEF**. *Estado Mundial de la Infancia 1982-1983*, ed., UNICEF, España 1983.
- Valero Chávez**, Aída. "El deseo y la realidad: una visión retrospectiva del desarrollo comunitario en México", en *Desarrollo comunitario*, ed., ENTS/UNAM, México, 2001, p. 10-35.
- Vargas de Lucero**, Ma. Ruth. *Evaluación del currículo*, colección *Deslinde*, No. 20, ed., UNAM, México, s/f
- Varios autores**. *Servicio social y comunitario en el entrenamiento médico y la práctica profesional*, Conferencia Internacional, Washington, D.C., marzo 1993, ed., Fundación Josiah Macy, Jr., Nueva York, 1995.
- Varios autores**. *Sociomedicina, Salud Pública, Medicina Social*, Tomo I, ed., Fac. de Medicina, UNAM, Editor Manuel Barquín, México.
- Vega F. L.** y **García, M.H.** *Bases esenciales de la salud pública*, ed., La Prensa Médica, México, 1995.
- Vidich**, Arthur y **Bensman**, Joseph. *La pequeña población en la sociedad de masas*, ed., FCPyS/UNAM, México, 1975. **Villaseñor** García, Guillermo. *La función social de la educación superior en México*, ed. UAM/Xochimilco, UNAM, CESU y Universidad Veracruzana, México, 2003.

Villegas, Abelardo. "La Universidad y los Derechos Humanos", en *La Universidad en la encrucijada*, Colección UDUAL, ed., UNAM, México, 1992, p. 131-146.

Villegas Moreno, G. "la Universidad de Justo Sierra y la Revolución", en *Memorias del Primer Encuentro de Historia sobre la Universidad*, ed., CESU/Coord. de Humanidades, UNAM, México, 1984, p.76-106.

Villoro, Luis. *El pensamiento moderno. Filosofía del Renacimiento*, ed., El Colegio Nacional y FCE, México, 1994.

Wallerstein, Immanuel (coord.). *Abrir las ciencias sociales. Informe de la Comisión Gulbenkian para la reestructuración de las ciencias sociales*, ed., Siglo XXI, México, 1996.

Wallerstein, Immanuel. *La historia de las ciencias sociales*, ed., CEIICH/UNAM, México, 1997.

Ware, Caroline, F. *Estudio de la comunidad*, ed., Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1982.

Wartofsky, Marx. *Introducción a la filosofía de la ciencia*, ed., Alianza, Madrid, 1973.

Weber, Max. *Economía y Sociedad*, ed., FCE, México 1976.

Werner, D. y Bower, Bill., *Aprendiendo a promover la salud*, ed., C.E.E.A.C. y Fundación Hesperian, Palo Alto, California, E.U.A., 1987.

Wolfe, Marshall. *Educación, estructuras sociales y desarrollo en América Latina*, ed., Centro de Educación Fundamental para el Desarrollo de la Comunidad en América Latina (CREFAL), Pátzcuaro, Mich., México, 1968

Zambrano, María. citada por Ortega Muñoz, Juan F. En *Introducción al pensamiento de María Zambrano*, ed., FCE, México, 1994, p. 13).

Zemelman M., Hugo. *El futuro como ciencia y utopía*, ed., CEIICH/UNAM, México, 1997.

Revistas

Acuña Escobar, Carlos. "Estimación crítica. Un procedimiento para la enseñanza de la ciencia a nivel universitario, en *Rev. Perfiles Educativos*, enero-febrero-marzo 1988, México, ed. CISE, UNAM. p. 3 a 5.

Alcántara Santuario, Armando. "Consideraciones sobre la tutoría en la docencia universitaria", en *Rev. Perfiles Educativos*, no. 49-50, 1990, México, ed. CISE, UNAM. p. 51 a 55.

Alvarado Rodríguez, Ma. Eugenia. "Propuesta didáctica para la formación docente en una disciplina", en *Rev. Perfiles Educativos*, no. 43-44, 1989, México, ed. CISE, UNAM. p. 62 a 67.

Aspe, Pedro y Beristain, Javier. "Distribución de los servicios educativos y de salud" en *Rev. Salud Pública de México*, Marzo-Abril 1989, vol. 31, no. 2, México, 1989. p. 240-284.

Bañuelos Márquez, Ana María. "Motivación escolar. Estudio de variables afectivas", en *Rev. Perfiles Educativos*, no. 60, abril-junio 1993, México, ed. CISE, UNAM, p. 58 a 61

Bourges R. Héctor. "Nutrición y Salud en diferentes metrópolis Latinoamericanas: La Ciudad de México", en *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, Vol. 42, No. 4, Venezuela, 1992, p. 74-93.

- Bustelo**, Eduardo. "La producción del Estado de Malestar. Ajuste y Política Social en América Latina" en *Rev. Salud Pública de México*, Mayo-Junio 1991, vol. 33, no. 3, México, 1991, p. 222-235.
- Camacho Ballesta**, J.A. y **Rodríguez Molina**, M. "Servicios y globalización", en *Rev. Comercio Exterior*, Vol. 53, No. 1, Enero 2003, México, p.13-22.
- Capote Mir**, R. "Crítica a las principales teorías burguesas y revisionistas sobre el hombre, la salud y la salud pública", en *Revista Cubana de Administración de Salud*, Cuba, 1980.
- Cartay**, Rafael. "Los equipos interdisciplinarios: ¿una nueva falacia?", en *Revista Mexicana de Sociología*, Año XLV, Vol. XLV, Num. 4, oct-dic 1983, ed. IIS/UNAM, p. 1249-1261.
- Castrejón**, Jaime. "Universidad y conflicto" en *Rev. de la Educación Superior*, ed., ANUIES, Vol. XVII, Núm. 4 (68), octubre-diciembre, México 1988, p. 21 a 52.
- Charles Creel**, Mercedes. "El salón de clases desde el punto de vista de la comunicación", en *Rev. Perfiles Educativos*, enero-febrero-marzo 1988, México, ed., CISE, UNAM. p. 36 a 46.
- Choudhury**, M.R. "Salud 2000. Bangladesh: Planificación para la salud" en *Rev. Foro mundial de la salud*, Vol. 2, No. 2, ed. OMS, Ginebra, Suiza, 1981, p. 194-201.
- Delgado**, Araceli. "Desarrollo de habilidades", en *Rev. Didac*, no. 15, otoño 89, México, ed., UIA, p.31 a 33.
- Eibenschutz M.**, Catalina. "Políticas sobre cobertura de salud", en *Rev. UDUAL* No. 86, ed., UNAM, México, 1981, p. 13-27.
- Escudero**, José Carlos. "Desnutrición en América Latina", en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, No. 84, ed., UNAM, México, 1976, p. 83-130.
- Farley**, Mildred. "La naturaleza del pensamiento creativo", en *Rev. Didac*, no. 9, otoño 86, México, ed., UIA, p. 11 a 13.
- Fendall N. R.**, y **Tiwari I., C.** "Orientaciones de la Atención Primaria de Salud" en *Rev. Foro mundial de la salud*, Vol. 2, No. 1, ed. OMS, Ginebra, Suiza, 1981, p.173-178.
- FUNSALUD/AMFEM.** "Evaluación del Estado de Nutrición" en *Rev. Nutriología Médica*, ed., Panamericana, México, 1995, p. 470-492.
- Gil Antón**, Manuel. "Diferenciar para reconocer" en *Rev. Perfiles Educativos*, no. 53-54, 1991, México, ed. CISE, UNAM. p. 35 a 39.
- Gómez Campos**, Víctor M. "Perspectivas políticas sobre ciencia, tecnología y educación", en *Revista Mexicana de Sociología*, Año XLV, Vol. XLV, Num. 4, oct-dic 1983, ed. IIS/UNAM, p.1263-1321.
- González**, C., Eleuterio. "Corrientes teóricas y metodológicas para el diagnóstico de salud de la comunidad", en *Rev. Higiene*, 38 (3), Fac. de Medicina, UNAM, México, 1988, p. 16-17.
- Guillén Romo**, Héctor. "La globalización del Consenso de Washington", en *Rev. Comercio Exterior*, Vol. 50, No. 2. Febrero 2000, México, p. 123-133.
- Hernández Jiménez**, J.L., "El Cerro de la Estrella", en *Rev. Iztapalapa. Tiempo y Espacio*, ed. Consejo de Fomento Cultural en Iztapalapa, Año II, No. 6, México, 2000, p. 3-7
- Hernández P.**, Zapata, O., et al., "Equidad y Salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social" en *Rev. Salud Pública de México*, Enero-Febrero 1991, vol. 33, no. 1, México, 1991, p. 9-15.

- Hersch Martínez, P.** "Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso, en Rev. *Salud Pública de México*, No. 34, ed., ISP, México 1992, p.678-688
- Hidalgo, Juan Luis.** "El problema como base del aprendizaje significativo", en Rev. *Reencuentro*, no. 10, septiembre 1993, México, ed. UAM-X, p. 43 a 47.
- Illich, Ivan.** "La teoría de la desescolarización, entre la paradoja y el utopismo", en Rev. *Perspectivas*, (no. 3), UNESCO, ed., Santillana, Madrid, 1975.
- Jonson H.,** "La teoría del currículo", en Revista *Perfiles Educativos*, no. 2, 1978, México, ed. CISE, UNAM. p. 35 a 26.
- Kroeger A., Malo, F., et al.** "Diferencias en las condiciones de salud y enfermedades en las poblaciones rurales y urbano-marginales", en Rev. *Salud Pública de México*, Marzo-Abril 1991, vol. 33, no. 2, México, 1991,
- Laurell, Cristina.** "Salud y capitalismo en México", en *Cuadernos Políticos*, ed., UAM-X, México, 1975.
- Laurell, Cristina.** "La salud-enfermedad como proceso social", en *Cuadernos latinoamericanos de salud*. No. 2, ed., Nueva Imagen, México, 1989.
- Llamas Huitrón, Ignacio.** "La inversión en capital humano en México", en Rev. *Comercio Exterior*, Vol. 49, No. 4, Abril 1999, México, p. 381-389.
- Manero Brito, Roberto.** "Modelos teóricos y de intervención en la educación social", en Rev. *Imágenes Educativas*, vol.1, no. 4, julio-sep., ed., FES Z/UNAM, 1994, México, p.31-40.
- Martínez Leyva, Carlos.** "La noción de interdisciplina en el programa de formación docente del CISE", en Rev. *Perfiles Educativos*, no. 43-44, 1989, México, ed., CISE, UNAM. p.68 a 75.
- Mercado Hernández, Araceli.** "La noción de evaluación, una lectura pedagógica", en Rev. *Planeación y Evaluación Educativa*, cuaderno cuatrimestral, año 5, vol. 12. Octubre 1996, México, ed., ENEP Aragón, p. 38 a 42.
- Mercer, Hugo.** "La práctica médica", en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, No. 84, ed., UNAM, México, 1976, p. 9-32.
- Micheli, Jordy.** "Trabajadores del conocimiento en la sociedad posindustrial", en Rev. *Ciencia y Desarrollo*, ed., CONACYT, Vol., XXX, No. 174, Enero-Febrero 2004, México, p. 4-9.
- Molina S. Romero, V., y Trejo, R.,** "Desarrollo Económico y Salud", en Rev. *Salud Pública de México*, Mayo-Junio 1991, vol. 33, no. 3, México, 1991, p. 230 y ss.
- Montrero, Arturo,** "El mundo subterráneo del Huizachtépetl", en Rev. *Iztapalapa. Tiempo y Esoocio*, ed. Consejo de Fomento Cultural en Iztapalapa, Año II, No. 6, México, 2000, p. 8-14.
- OMS.** "Qué es la participación comunitaria", Rev. *Foro Mundial de la Salud*, Vol. 2, No. 1, ed., OMS, Ginebra 1981.
- OPS.** "Organización y gestión participativas en los sistemas locales de salud", en *Boletín de la OPS*, vol. 109, no. 5 y 6, noviembre-diciembre 1990, Washington, DC, p. 474-487.
- OPS.** *Boletín Especial*, Vol.113, Nos.5 y 6, Noviembre y Diciembre, Washington, D.C., 1992.
- Ordóñez Sergio.** "La nueva fase del desarrollo y el capitalismo del conocimiento: elementos teóricos", en Rev. *Comercio Exterior*, Vol. 54, No. 1, Enero 2004, México, p. 4-17.

- Panzsa M.**, "Enseñanza Modular", en *Rev. Perfiles Educativos*, no. 11, 1981, México, ed. CISE, UNAM. p. 30 a 49.
- Peñafiel**, Antonio. "Principales enfermedades regionales de la República Mexicana" en *Rev. Salud Pública de México*, Enero-Febrero 1991, vol. 33, no. 1, p. 95-98.
- Rugarcía**, Armando. "El eslabón perdido en la educación universitaria", en *Rev. Didac*, no. 15, otoño 89, México, ed. UIA, p. 3 a 8.
- Sáez A.**, Hugo Enrique. "El método del taller en la dinámica modular", en *Rev. Reencuentro*, no. 11, México, ed. UAM-X, p. 42 a 51.
- Santoyo**, Rafael. "Algunas reflexiones sobre la coordinación en los grupos de aprendizaje", *Rev. Perfiles Educativos*, No. 11, ed., UNAM, 1969.
- Schlaepfer** e Infante. "La medición de la salud: perspectivas teóricas y metodológicas", en *Rev. Salud Pública de México*, Marzo-Abril 1990, Vol. 32, No. 2, México 1990, p. 146-167.
- Torres Cosme**, J. L. "Viejos y nuevos indicadores de salud", en *Boletín Epidemiología*, No. 7. Vol 12, Semana 32, Agosto 1995, México, p.2.
- Tudela**, Victoria. "En busca de la creatividad perdida", en *Rev. Didac*, no. 9, otoño 86, México, ed., UIA, p. 21 a 25.
- UNESCO**. "Libertad creadora y desarrollo humano en una cultura de paz", en *Rev. Perfiles Educativos*, no. 49-50, 1990, México, ed. CISE, UNAM. p. 77 a 80.
- Urciaga García**, José. "Los rendimientos privados de la escolaridad formal en México", en *Rev. Comercio Exterior*, Vol. 52, No. 4, Abril 2002, México, p. 324-330.
- Varios autores**. "Diferencias en las condiciones de salud y enfermedades en las poblaciones rurales y urbano marginales", en *Rev. Salud Pública de México*, Marzo-Abril 1991, vol. 33, No. 2, México 1991, p. 150-178.
- Varios autores**. "Integración de la Investigación y Docencia a la Atención Primaria" (sesión de conclusiones) *Rev. Primer Nivel 7*, ed., UAM-X, México, 1985, p.52-57.
- Villagrán M.**, Francisco. "Modelos Curriculares Alternativos en Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina", en *Rev. UDUAL* No 86 ed., UNAM, 1981, p. 69-100.
- Werner**, D. "El agente de salud de aldea" en *Rev. Foro mundial de la salud*, Vol. 2, No. 1, ed., OMS, Ginebra, Suiza, 1981, p. 54-63.
- Zavala**, Ma. Eugenia, "La población de México en los años ochenta" en *Revista Mexicana de Sociología*, ed., UNAM, México, No. 1, enero-marzo 1990.

Documentos

- Aguirre** Beltrán, G., *Desarrollo comunitario*, trabajo financiado por el BID, mecanograma, México, 1966.
- Álvarez Mendiola**, Germán. Cambios en las prácticas disciplinarias en ciencias sociales. Mimeog. Trabajo presentado en el Primer Congreso Nacional de Ciencias Sociales, Abril 1999, México.
- Amador Fierros G.**, **Monroy Galindo**, C.E., **et. al.** "Propuesta de réplica de la metodología de los Módulos Docente-Asistenciales (MODA)", http://www.ucol.mx/colaboración/uni/Proyectos_estratégicos-MODA.htm

- Barnés de Castro**, Francisco. "Líneas generales para el diseño curricular de la licenciatura en la UNAM", discurso pronunciado en la Facultad de Química de la UNAM el 23 de enero de 1997. Mecanograma, s/e.
- Delegación Iztapalapa**, Subdelegación de Desarrollo Social, *Planeación Estratégica, Proyecto para el cambio 1998-2000*, México.
- D.D.F.**, Informe Geológico de la Colonia Canteras del Peñón elaborado por la Dirección de Reordenamiento Urbano y Protección Ecológica, D.D.F., México, junio 1989.
- D.O.F.**, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, Diario Oficial de la Federación, México, 31 de mayo de 1995.
- Galeano**, E. Periódico *La Jornada*, 29/enero/2003, p.29.
- García J., C.** "La educación Médica en América Latina", en *Publicación Científica* No. 255, ed., OPS/OMS, Washington, 1972.
- González Casanova**, Pablo. *Paradigmas y ciencias sociales: una aproximación*. Mimeog. Discurso pronunciado el 12 de marzo de 1992 al recibir el grado de doctor *Honoris Causa* otorgado por la Universidad de Puebla, México, 1992.
- González Casanova**, Pablo. Periódico *La Jornada*, domingo 17/nov/2002, p. 10.
- González**, Juliana. "Humanismo de las humanidades, humanismo de las ciencias", ensayo, mimeog. México, 1991.
- INCMNSZ**. *Centro de Capacitación Integral para promotores comunitarios. Evaluación del Estado de Nutrición*, México, 1993.
- INCMNSZ y Comisión Nacional de Alimentación**. *Encuesta Nacional de Alimentación en el medio rural por regiones nutricionales 1989*, Lic. Herlinda Madrigal (editora), División de Nutrición de Comunidad, Publicación L 90, México, 1990.
- Meléndez Eduardo**, L. *Técnicas para actividades de tipo social en la comunidad*, mimeog., México, 1979.
- Presidencia de la República**. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, México, 2001.
- Rojas**, José R. <http://neo-humanista.org/iap.html>
- Serrano**, J.A. *Manual de Técnicas para trabajo de Campo*, mimeog. ENEP-Zaragoza, UNAM, 1981.
- SSA**. *Programa Nacional de Salud 1984-1988*, México, 1984.
- SSA**. *Programa Nacional de Salud 1990-1994*, México, 1994.
- SSA**. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, 2001.
- Varios autores**. *Características esenciales del modelo de enseñanza modular de la FES Z*, folleto impreso en la FES Z/UNAM, México, 1996.
- Varios autores**. "Evaluación del Estado Nutricional en Escolares y Familias con Desnutrición", en *Conclusiones de la Mesa 3*, Reunión de Cocoyoc auspiciada por el DIF, agosto 1995, México.

ANEXO

Iztapalapa: entorno de la FES Zaragoza

Introducción

Este apartado tiene por objeto proporcionar información sobre aspectos históricos, socioeconómicos, culturales y de salud de la delegación Iztapalapa, en cuya demarcación política se encuentra ubicada la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", y que junto con ciudad Nezahualcoyotl y el municipio de Los Reyes La Paz en el Estado de México, es una de las zonas donde los profesores y estudiantes universitarios realizamos trabajo de campo mediante actividades de docencia, investigación y servicio establecidas en los planes y programas de estudio correspondientes a cada una de las carreras del área de la salud que se imparten en la facultad.

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Iztapalapa es una de las 282 localidades que conforman el territorio del Distrito Federal. Es una de las delegaciones políticas integradas a la Ciudad de México desde 1903, año en que ocurre la delimitación administrativa del DF. Iztapalapa es, actualmente, la delegación más poblada de la capital del país con más de un millón y medio de habitantes (1,771,673) la mayoría de los cuales cuentan con importantes antecedentes de la migración campo-ciudad ocurrida entre las décadas de los años 50 y 60, período en el que la delegación tuvo un crecimiento del 12.8% anual, mientras el resto de las delegaciones del DF lo hicieron a un ritmo del 4.8%.

En la actualidad la delegación se encuentra en un ritmo de crecimiento descendente con una tasa del 2.5% anual, no obstante, este crecimiento se mantiene muy por encima del promedio para el DF que es de 0.4%. Considerando la extensión territorial de Iztapalapa de 11,667 has., presenta una densidad de población promedio de aproximadamente 14,200 habitantes por kilómetro cuadrado (SSA, 2000), más del doble de la que presenta el DF en conjunto que es de 5,500 hab./km². La población de Iztapalapa representa el 20.61% de la población total del Distrito Federal que es de 8,591,309; mientras que su territorio

es equivalente al 8% de la superficie total del DF, es decir, una quinta parte de la población del DF tiene su residencia en una superficie relativamente pequeña, que trae como consecuencia que el 56.06% de las familias vivan en condiciones de hacinamiento (*Diario Oficial, 1997*).

La dimensión y la ubicación territorial de Iztapalapa, influye para establecer múltiples contactos con otras delegaciones y municipios del Estado de México. Al poniente, en colindancia con delegaciones centrales como la Benito Juárez y Coyoacan; Iztapalapa ofrece un panorama urbano desarrollado y moderno donde predominan las actividades comerciales y de servicios; mientras que al sur, con las delegaciones de Xochimilco y Tláhuac, mantiene actividades agrícolas debido a sus similitudes en cuanto a uso de suelo, historial de poblamiento y composición demográfica. Al norte colinda con la delegación de Iztacalco y comparte, sobre todo, espacios destinados a la industria y al comercio, especialmente el que se desarrolla a partir de la Central de Abasto.

El crecimiento espacial de Iztapalapa también es visible por el número de colonias y de viviendas que se incrementan año con año en la zona. Según datos contenidos en el proyecto de trabajo 1998-2000 de la subdelegación de desarrollo social de Iztapalapa, en 1998 se tenían registradas 522 colonias, 229 unidades habitacionales, 8 conjuntos habitacionales, 7 zonas urbanas, 16 pueblos, 11 ampliaciones, 14 barrios y varios asentamientos irregulares. Datos del Diario Oficial de mayo de 1997, precisan que Iztapalapa cuenta con 230 colonias, mientras el Instituto Federal Electoral apunta que son 571 colonias las que conforman la demarcación. Por su parte el INEGI contabilizó 421 AGEB (áreas geoestadísticas básicas para operar el Sistema para la Consulta de Información Censal 1995 (SCINCE95). Como se puede ver, no existe información homogénea sobre este punto, ello tal vez es consecuencia de la deficiencia en el control y regulación del suelo, aunque en nuestra experiencia comunitaria hemos encontrado colonias sin registro en la delegación y asentamientos que aparecen y desaparecen en períodos cortos de tiempo, a veces los asentamientos se producen en un solo día, permanecen varias semanas y luego se retiran de súbito.

La información del padrón electoral publicada por el INEGI en 1999, señalaba que en Iztapalapa existían 370,500 viviendas habitadas en 1995, mientras que el total de viviendas particulares que fueron censadas en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, registró 407,439 viviendas, es decir, se puede presumir un incremento de 36,939 viviendas en tan sólo 5 años. El total de viviendas de Iztapalapa representan el 19.11% del total de viviendas del DF que es de 2,131,366.

Iztapalapa, al igual que gran parte de las delegaciones periféricas del centro del DF, se fue poblando por migraciones rurales e intraurbanas; las primeras procedentes, sobre todo, de Puebla, Oaxaca, Estado de México, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala y Guerrero, mientras que las segundas, principalmente del centro de la Ciudad de México y su zona de conurbación más próxima. Conserva sin embargo, población nativa que ha logrado heredar y preservar aspectos culturales que la distinguen de otras delegaciones. Entre dichas manifestaciones culturales destacan, como las más importantes, las celebraciones del *Ritual del Fuego Nuevo* y la *Semana Santa*.

El área oriente de Iztapalapa, en su vecindad con los municipios que integran la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), se ha caracterizado por la forma apresurada e irregular de su poblamiento. Los asentamientos irregulares fueron frecuentes a partir de 1940, edificándose viviendas humildes de permanente apariencia provisional. El sector poniente fue aprovechado por inmobiliarias que construyeron numerosos fraccionamientos sacrificando tierra de los ejidos. Otro segmento del territorio de Iztapalapa se ocupó para instalar factorías, predominando las dedicadas a la elaboración de pinturas, muebles, productos químicos y equipos electrónicos.

Cuando se recorre el territorio de Iztapalapa es frecuente experimentar que la urbanización de la zona es muy deficiente, la imagen urbana se percibe alterada, desordenada y heterogénea. A la contaminación y al deterioro del ambiente contribuye el tránsito vehicular que es muy intenso (circulan aproximadamente 212 mil vehículos, considerando sólo los que se hallan registrados en la delegación). En algunas zonas del oriente de la delegación es frecuente encontrarse con

carretas tiradas por caballos que se dedican a la recolección de basura que traen expuesta en rebosantes botes. En muchas colonias se pueden apreciar tiraderos de basura a cielo abierto y el desmantelamiento de la cubierta vegetal en toda la delegación, son factores que cotidianamente están presentes.

Uno de los principales problemas es el de las inundaciones en épocas de lluvias y las tolveneras frecuentes. Y es que la región perteneció al *Lago de Texcoco*, por lo tanto, el suelo es fangoso y la instalación del drenaje ha sido insuficiente y deficiente pues a la resistencia del terreno que es muy baja se agregan problemas de agrietamiento y hundimientos en el suelo que han provocado gran erosión en las reservas ecológicas (*Cerro de la Estrella, Sierra de Santa Catarina, Cerro del Peñón del Marqués*). El daño ambiental al paisaje parece ser irremediable.

a. Antecedentes históricos

Y otro día por la mañana llegamos a la calzada ancha y vamos camino de Estapalapa. Y desde que vimos tantas ciudades y villas pobladas en el agua, y en tierra firme otra grandes poblaciones, y aquella calzada tan derecha y por nivel cómo iba a México, nos quedamos admirados, y decíamos que parecía a las cosas de encantamiento que cuentan en el libro de Amadís, por las grandes torres y cúes y edificios que tenían dentro en el agua, y todos de calicanto, y aun algunos de nuestros soldados decían que si aquello que veían si era entre sueños, y no es de maravillar que yo escriba aquí de esta manera, porque hay mucho que ponderar en ello que no sé como lo cuente: ver cosas nunca oídas, ni aun soñadas, como veíamos. Pues desde que llegamos cerca de Estapalapa, ver la grandeza de otros caciques que nos salieron a recibir, que fue el señor de aquel pueblo, que se decía Coadlabaca (Cuittlahuac). Y el señor de Culhuacan, que entrambos eran deudos muy cercanos de Montezuma. Y después que entramos en aquella ciudad de Estapalapa, de la manera de los palacios donde nos aposentaron, de cuán grandes y bien labrados eran, de cantería muy prima, y la madera de cedros y de otros buenos árboles olorosos, con grandes patios y cuartos, cosas muy de ver, y entoldados con paramentos de algodón. Después de bien visto todo aquello fuimos a la huerta y jardía, que fue cosa muy admirable verlo y pasearlo, que no me hartaba de mirar la diversidad de árboles y los olores que cada uno tenía, y andenes llenos de rosas y flores, y muchos frutales y rosales de la tierra, y un estanque de agua dulce, y otra cosa de ver: que podían entrar en el vergel grandes canoas desde la laguna por una abertura que tenían hecha sin saltar tierra, y todo muy encalado y lucido, de muchas maneras de piedras y pinturas en ellas que había hartos que ponderar, y las aves de muchas diversidades y reales que entraban en el estanque. Digo otra vez que lo estuve mirando, que creí que el mundo hubiese otras tierras descubiertas como éstas, porque en aquel tiempo no había Perú ni memoria de él. Ahora todo está por el suelo, perdido, que no hay cosa.

Bernal Díaz del Castillo

Historia Verdadera de la Conquista de México

Iztapalapa, nombre en nahuatl que significa "lugar sobre las lajas", fue sede de asentamientos prehispánicos con una muy rica y vieja historia cuya fundación ocurrió alrededor de 1430, cuando Itzcoatl (Serpiente armada de pedernales) sienta su señorío en la que fue una de las principales regiones agrícolas de la cuenca de México. El señorío de Itzcoatl, subordinado al gobierno de México Tenochtitlan, constituía una de las principales vías de acceso al centro de la ciudad mexicana. La orientación geográfica de Iztapalapa, al colindar hacia el sureste con los lagos de Texcoco y Xochimilco, obligó a sus pobladores a la construcción de diques, chinampas y canales para controlar el paso del agua y asegurar la viabilidad hacia el centro de la ciudad.

Iztapalapa fue un importante centro ceremonial para el culto a la renovación del tiempo a través del *Ritual del Fuego Nuevo*, también conocido como ceremonia de la *Atadura de los Años*. Esta práctica cultural se ha preservado en lo sustantivo hasta nuestros días, incorporándose actividades con un sentido pagano-religioso tendientes a conservar la continuidad de la vida, la fuerza y la energía que representan elementos vitales en la concepción nahua de un mundo siempre cambiante. El *Ritual del Fuego Nuevo* se producía cada 52 años o cada 1898 días, cuando los habitantes de Iztapalapa peregrinaban hacia el encuentro con lo sagrado, despojándose de pertenencias para ofrendarlas en un culto de humildad y petición a los dioses que hacen posible la vida. Eran cinco días previos a la gran ceremonia (los *nemontemi* o *días nefastos*) en los que era necesario desprenderse de pertenencias y objetos materiales, al final de lo cual sobrevinía una actitud de recogimiento y penitencia que tenía como principal manifestación la prohibición de encender fuego durante esos días. Al finalizar la ceremonia había fiestas para demostrar la gratitud por el inicio de un nuevo ciclo. Actualmente, esta festividad se realiza cada cuatro años.

El *Cerro de la Estrella* fue siempre el punto de reunión de las peregrinaciones. Ahí era donde, después de los *nemontemi*, se encendía un gran fuego para alimentar las antorchas con las que se iluminaban todas las casas y cuya luz centellaba por toda la región de México Tenochtitlan. También se encendían braceros en los templos y en las pirámides, fuego que debía

mantenerse encendido durante otro ciclo y así sucesivamente. En el *Cerro de la Estrella* se tenían localizadas siete cuevas donde habitaban igual número de dioses siendo uno de los más importantes *Tezcatlipoca*, que era representado en un monolito instalado a la entrada de la cueva que durante la Conquista fue destruido por los españoles y suplantado el culto a favor del Jesucristo.

La antigua fertilidad de Iztapalapa propició la instalación de un jardín botánico de plantas medicinales y de ornato. Una mitad de la ciudad estaba edificada sobre tierra firme y la otra sobre el agua, de tal modo que una parte de la población se dedicaba a los cultivos y otra a la pesca y a la caza principalmente de aves. En tierra firme se edificaron palacios y casas de piedra, en las chinampas se mantuvo la agricultura y de su proximidad con el *Lago de Texcoco* se aprovechó la explotación de la sal.

En pleno florecimiento, Iztapalapa es atacada y sitiada por las huestes de Cortés en 1520, cuando la región contaba con aproximadamente diez mil habitantes y cuando Cuitlahuac era el Señor de Iztapalapa. Aventajado por el poder destructivo de las armas de los conquistadores, el pueblo de Iztapalapa fue sometido en 1521, tras repetidas batallas en las que perdió la mitad de su población y durante las cuales la ciudad fue prácticamente destruida.

Después de 1521 y a diferencia de lo que sucede con México Tenochtitlan, Iztapalapa no se reconstruye, sino que sus casas quedan en las ruinas y se edifican aldeas con pequeñas casas de palma y barro. "Las nuevas condiciones de vida, las enfermedades, la esclavitud, entre otras causas, hacen que en el resto del siglo XVI la antigua ciudad siga perdiendo habitantes e importancia, y para 1580 hay menos de tres mil personas viviendo en Iztapalapa" (Nolasco, 1991). Se estima que a mediados del Siglo XVIII sólo 500 personas constituían la población de esta municipalidad con cabecera en Mexicalcingo.

A mediados del Siglo XIX El rápido crecimiento de la Ciudad de México obliga al gobierno de la capital a la reestructuración de límites territoriales e Iztapalapa, junto con 10 municipalidades, se incorpora al mapa del Distrito Federal. Administrativamente, los cambios más significativos ocurren en el primer tercio del Siglo XX cuando las municipalidades se transforman en delegaciones

dependientes de las decisiones del gobierno de la Ciudad ejercido por el regente capitalino en turno.

A partir de entonces Iztapalapa sufre un proceso de "desruralización" que comprende, entre otros aspectos, la transformación de sus canales en calles, la instalación de industrias donde había ejidos, la iniciación de programas para la electrificación de la zona; se introducen otros servicios públicos y el crecimiento de la vialidad produce una de las más importantes metamorfosis del proceso cuando los campesinos se transforman en obreros, empleados y comerciantes de la Ciudad de México, gobernada desde la perspectiva de un modelo de crecimiento económico que ha privilegiado el crecimiento de la industria como incuestionable principio de desarrollo y modernidad. Este modelo económico extendió su influencia a vastos sectores de la población nacional y con la esperanza de mejorar las condiciones de vida, miles de campesinos abandonaron el campo para instalarse en la gran ciudad capital.

Entre las décadas de 1940 a 1960, la migración rural hacia la capital del país fue copiosa e intensa. Iztapalapa fue el destino de grandes contingentes de migrantes; primero se colmaron los espacios del norte, sur y poniente de la delegación; después se creció al oriente a pesar del salitre, las tolveneras, las inundaciones, la carencia de servicios públicos que a la fecha persiste, a partir de justificar la dificultad técnica para suministrarlos, ya sea por la ilegalidad de los asentamientos humanos o la irregularidad y condiciones físicas de los suelos. En estas condiciones es que se reporta un alto índice de marginalidad. De acuerdo con una investigación realizada en 1997 por los Servicios de Salud Pública del DF (SSA, 2000), se consideró que en Iztapalapa el 31.0% de su población se concentraba en áreas de alto y muy alto nivel de marginalidad encontrándose en el quinto lugar del resto de las delegaciones. Solamente las delegaciones de Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco y Cuajimalpa se encontraban por arriba de los índices de marginación que presentaba Iztapalapa.

Desecado el *Lago de Texcoco*, creció la oferta de las inmobiliarias y de fraccionadores que prometían servicios a los migrantes rurales e intraurbanos que se constituyeron en los principales compradores. Promesas que no se cumplieron

cabalmente porque durante las décadas siguientes fue mermándose, cada vez más, la posibilidad de dotar de vivienda, trabajo y servicios a las poblaciones migrantes. Lo único que se ha mantenido constante es la disputa por la propiedad y uso del suelo como una esperanza del progreso que representa la ciudad para sus moradores.

A partir de 1960, la zona oriente de Iztapalapa se transforma radicalmente, pasa de ser una región de sembradíos de hortalizas, maíz, haba y cebada, a ser una zona de casas pobres entre fábricas, comercios, calles y edificios públicos. Del verde se pasa al gris; del encuentro al desencuentro; de la esperanza al desencanto y del sueño a la realidad.

b) Ambiente físico

En este apartado voy a referirme sólo a algunos aspectos sobresalientes que describen el ambiente físico de Iztapalapa, considerando que fueron estos elementos los que también influyeron en la decisión de las autoridades universitarias para edificar la FES Z en esta región y, porque desde hace 25 años la FES Z ha desarrollado actividades comunitarias con el propósito de mejorar el entorno físico y la salud de los habitantes.

Localización. La Delegación Iztapalapa se localiza en el sur-oriente del DF. Limita al norte con la delegación de Iztacalco y el municipio de Nezahualcoyotl perteneciente al Estado de México; al oriente con los municipios de los Reyes la Paz e Ixtapaluca, también del Estado de México; al sur con las delegaciones de Tláhuac y Xochimilco, y al poniente con las delegaciones Benito Juárez y Coyoacan. Sus coordenadas geográficas son: latitud norte de 19° 21' 25" y longitud oeste de 99° 05' 32". Su altitud media es de 2,240 metros sobre el nivel del mar.

Localidades. Para los propósitos censales del INEGI, Iztapalapa se constituye por 11,330 manzanas. Fuera de este marco operativo, Iztapalapa se subdivide en 14

pueblos, 8 barrios, 67 colonias principales y varias decenas de otras colonias menos notables (llamadas populares), 3 ejidos, 2 zonas residenciales, 3 zonas urbano-ejidales, 8 conjuntos habitacionales, 229 unidades habitacionales, y 1 conjunto urbano-popular. En los mapas de Iztapalapa que presenta el INEGI para efectos estadísticos, las siete localidades principales que en ellos se señalan son: *Tepalcates, Escuadrón 201, Santa Martha Acatitla, Iztapalapa, Culhuacán, Santa Cruz Meyehualco y San Lorenzo Tezonco*. Estas localidades reciben el nombre de sectores o subdelegaciones en que la delegación, a su vez, se subdivide. Con excepción de las localidades de *Escuadrón 201 y Culhuacán*, la FES Z ha realizado programas de salud comunitaria en distintos sectores del resto de las localidades.

Topografía y superficie. Iztapalapa es una de las 4 delegaciones más grandes del DF, con una superficie de 11,667 hectáreas (las otras tres delegaciones de mayor extensión son: Tlalpan, Milpa Alta y Xochimilco). El poblamiento moderno de Iztapalapa ocurre en diferentes direcciones y tipos de suelo. Por un lado, sobre los terrenos que antiguamente formaban parte del *Lago de Texcoco*, se cuenta con suelo de origen lacustre y salitroso. Por otro, en la zona sureste, se localiza suelo de origen volcánico con algunas elevaciones. Por el lado de la *Sierra de Santa Catarina* están los volcanes de *San Nicolás, Xaltépetl, Tecuautzi, Tecomatitlán, Feticon, Maltepec y el cerro de la Caldera*.

El segundo alineamiento se compone principalmente por los cerros de *la Estrella* (en la zona centro y cuya altitud es de 2,460 msnm) y del *Peñón del Marqués* (2,400 msnm), conocido también como el cerro de *Tepepulco* en la zona centro norte de la delegación (justamente al pie del cerro se localiza el Campus II de la FES Zaragoza). Otras elevaciones son: los volcanes *Guadalupe* (2,750 msnm) y el de *Yuhualixqui* (2,420 msnm) y los cerros de *Tecuautzi* (2,640 msnm) y *Tetecón* (2,480 msnm). Independientemente de estas elevaciones puede considerarse que la mayor parte del suelo de Iztapalapa es plano y, en otros tiempos, utilizado por su buena calidad para la siembra de granos y hortalizas. Actualmente es poca la actividad agrícola, predominando en las zonas de

colindancia con las delegaciones de Tláhuac y Xochimilco donde el uso de suelo está registrado como agrícola de conservación, agrícola de mejoramiento y rehabilitación, y forestal restringido.

Durante la época de lluvias (junio, julio y agosto son los meses de mayor precipitación pluvial) ocurren frecuentes encharcamientos e inundaciones en la región del ex lago de *Texcoco*, y en época seca, cuando soplan los vientos, se producen grandes tolvaneras. En la zona oriente de Iztapalapa se localizan minas de arena y tezontle que han sido explotadas durante muchos años y que han producido cambios importantes en el medio físico por destrucción de la vegetación y porque muchos de esos lugares se utilizan como tiraderos de basura. La horadación de casi la mitad del cerro de *Tepepulco* es un claro ejemplo del ecocidio sufrido en esta zona.

Lo que podría considerarse como área verde, se restringe a pequeñas porciones de la *Sierra de Santa Catarina* y del *Parque Nacional Cerro de la Estrella*, independientemente de que el plano proporcionado por la delegación nos señala una multiplicidad de zonas clasificadas con la clave AV que significa áreas verdes y espacios abiertos, pero que cuando las hemos recorrido constatamos que no existen como tales. La Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa registra que existe un promedio de 1.16 metro cuadrado de área verde por habitante (SSA, 2000).

El *Cerro de la Estrella* cuya superficie es de 1.093 has. fue declarado Parque Nacional por decreto presidencial en 1938, hoy sólo queda de ese parque un 8%, pues el otro 92% ha sido devorado por los asentamientos humanos, la erosión, la deforestación y el abandono casi absoluto (Hernández, 2000). En lo alto del cerro todavía puede apreciarse la pirámide conocida como el *Templo del Fuego Nuevo*, que en otros momentos constituyó el recinto para la ceremonia que acompañaba el mito del nacimiento del tiempo entre sus primeros habitantes (Montero, 2000).

Ese lugar era admirado por sus cuevas, manantiales y por un exuberante paisaje de huizaches que dio nombre nahua al cerro que también se le conoce

como *Huizachtepetl*. Octavio Paz en 1950 dedicó un poema a este lugar cuyo primer verso reza:

Aquí los antiguos recibían al fuego
Aquí el fuego creaba al mundo
Al mediodía las piedras se abren como frutos
El agua abre los párpados
La luz resbala por la piel del día
Gota inmensa donde el tiempo se refleja y se sacia ...

Durante nuestras actividades en trabajo de campo hemos podido constatar importantes deterioros en el ambiente físico, por ejemplo: hundimientos del suelo por la presencia de fallas geológicas y la extracción de agua del subsuelo, contaminación de agua, suelo y aire por la eliminación de desechos industriales, excretas de animales (perros, cerdos, caballos, burros, entre otros), exposición de basura al aire libre, ruido y emisiones tóxicas producidas por la presencia de innumerables gasolineras y por el intenso tránsito vehicular; inundaciones cada año en la época de lluvias, incendios (en 1998, por ejemplo, se registraron 913 incendios en Iztapalapa que representan el 14% de todos los incendios ocurridos en la zona metropolitana), deforestación, desgajamiento de los cerros, entre otros. Un fenómeno de gran importancia lo constituye la *invasión* de terrenos para la instalación de viviendas que no cuentan con servicios públicos.

Estos asentamientos humanos generalmente se mueven de un lugar a otro de acuerdo a las indicaciones de organizaciones políticas a las que pertenecen, por ejemplo, *Antorcha Campesina*, *Frente Popular Francisco Villa*; son asentamientos que representan un reto para la realización de cualquier programa de carácter público, pues la gran mayoría de estas comunidades dirigen la mayor parte de su tiempo a la negociación política para la obtención de recursos y establecen liderazgos de carácter vertical que limitan la participación de la población en otros aspectos de la vida social.

Clima predominante. Templado subhúmedo, con alto grado de humedad y temperatura media anual de 100 a 140 centígrados, con promedio de 160 C (un

mínimo de 60 C y un máximo de 270 C). Presenta lluvias en verano y otoño. Soplan vientos moderados del noroeste y el invierno es seco.

Hidrografía. Por Iztapalapa corre el río de *Churúbusco* que entronca con el río de *La Piedad* (ambos entubados); el canal de *Chalco*; el canal *Nacional* que recoge las aguas de otros canales y que se encuentran entubados bajo la Calzada de la Viga y el canal de *Garay* (también entubado).

Flora. Está formada principalmente por pastos, plantas xerófitas, huizaches y pirules. Actualmente es muy poco lo que se cultiva de granos, vegetales y hortalizas. Algunas de las especies florísticas reportadas en el Cerro de la Estrella, que se observan en diferentes fechas del año, según sus nombres comunes son: *romerillo*, *colorín*, *verdolaga de agua*, *zacate cerdoso*, *manto de la virgen*, *manrubillo*, *artemiza*, *estrella de agua*, *zuapatli*, *anis de campo*, *zacate cepillo*, *amapolita*, *violeta de campo*, *hierba de pollo*, entre otras. Mientras que durante todo el año las especies que se observan en el *Cerro de la Estrella*, según sus nombres comunes, son: *tlacoxochitl*, *trompetilla*, *ojo de gallo*, *pirul* y *eucalipto* (reforesta), entre otras.

Vías de acceso. Las principales vías de acceso a las distintas localidades de Iztapalapa son las calzadas: Ermita Iztapalapa -que al oriente entronca con la carretera México-Puebla-, de la Viga, la Ignacio Zaragoza, la Javier Rojo Gómez y la México-Tulyehualco; mientras que las principales avenidas son: Texcoco (que establece el límite con el Estado de México), San Lorenzo, Apatlaco y la Sifón. Por Iztapalapa cruzan los ejes Sur 3, 4, 5, 6, 7 y 8; y los ejes Oriente 1, 2, 3, 4 y 5 así como el anillo periférico. Esta área delegacional cuenta con variados sistemas de transporte público incluidos el *Tren Ligero* y el *Metro* con varias estaciones. Se calcula que la vialidad de la delegación ocupa el 19% de la superficie total, pero se estima que sólo el 68% de ésta se encuentra pavimentada.

Los problemas de vialidad son de consideración, pues afectan el movimiento y traslado de la población hacia centros de trabajo, abasto de

alimentos, servicios médicos, centros de cultura o recreación. Existen 70 rutas para el transporte de pasajeros. Quince de éstas hacen un recorrido de 50 a 70 kilómetros de distancia; 38 rutas recorren distancias que van de 30 a 49 kilómetros y las 17 restantes se movilizan en un recorrido de menos de 29 kilómetros. Esto da una idea del tiempo que "padece" el usuario en un medio de transporte público en una ciudad congestionada por el tránsito vehicular excesivo y el incremento constante de traslados. El intenso movimiento vehicular en Iztapalapa también es un importante factor de riesgo a la salud de sus habitantes, pues además del estrés que ocasiona, los usuarios están siempre expuestos a los accidentes, disputas, riñas y asaltos.

Usos del suelo: En Iztapalapa el 61% del suelo es para uso habitacional mixto, 9% para equipamiento, 6% para espacios abiertos y deportivos, 2% para centros de barrio y el 7% se considera como área de conservación. La alta densidad de población y la extensión horizontal de las viviendas ha dejado prácticamente sin espacios abiertos a la delegación y se estima que cada habitante cuenta con 1.3 metro cuadrado de espacio abierto, cuando la norma urbana para México es de 4.5 metro cuadrado por habitante (*Diario Oficial*, 1997)

c) Infraestructura urbana.

Generales. Iztapalapa es una delegación constituida por barrios y pueblos, más que por colonias, y ello establece una dinámica muy particular para cada pueblo que se va definiendo por características particulares. No obstante, entre los componentes de la infraestructura urbana compartida por toda la población, se encuentran: el Panteón Civil y otros panteones de menor tamaño, una Ciudad Deportiva y 13 centros deportivos menores, la Central de Abasto (considerada la más grande de América Latina), los reclusorios Oriente y Santa Martha Acatitla. En enero de 1998 se inauguró el *Museo Fuego Nuevo* que conserva piezas arqueológicas encontradas en el *Cerro de la Estrella* y que fue un proyecto cultural que tardó más de 25 años en poder concretarse. Otros de los museos más

importantes son: Museo San Miguel Teotongo y Museo de Sitio de Culhuacán. Cuenta además con 13 centros sociales, 24 bibliotecas, 8 módulos de bienestar social, 50 cocinas populares. Entre otros servicios se encuentran los siguientes:

Juzgados del Registro Civil	5
Agencias del Ministerio Público	8
Módulos de información ciudadana	25
Oficinas telegráficas	9
Oficinas de correo	538
Servicios Funerarios	10
Corralones de tránsito	5
Sucursales bancarias	103

Entre los servicios públicos que mayores deficiencias presentan se encuentran: recolección de basura, alumbrado público, pavimentación de calles y bacheo y, fundamentalmente, suministro de agua a colonias populares. Se cuenta con 47.68 kilómetros de obra de vialidad primaria entre vías rápidas, ejes viales y avenidas principales; 11,100,491 metros cuadrados de carpeta asfáltica pavimentada; 76 pasos peatonales y vehiculares en la red vial primaria. Por estas arterias circulan 221,073 vehículos propiedad de los habitantes de la delegación, de los cuales, 17,442 son camiones de carga y 847 son camiones de pasajeros.

Escuelas. En cuanto al número de escuelas por nivel y tipo se tiene:

Nivel escolar	federales/# alumnos	particulares/# alumnos	T. escuelas	T. alumnos
Preescolar	209 (41, 267)	268 (10,963)	477	52,230
Primaria	466 (208,153)	114 (18,482)	580	226,635
Secundaria	157 (90,388)	25 (3,768)	182	94,156

Fte: Subdelegación de Desarrollo Social, *Planeación Estratégica 1998-2000*. México.

En el nivel de bachillerato se encuentra el Colegio de Ciencias y Humanidades campus Oriente de la UNAM. A nivel de educación superior, en Iztapalapa existen dos dependencias universitarias: la FES Zaragoza, UNAM y la UAM Iztapalapa, 2 escuelas CONALEP, 1 CECYT, 19 escuelas de nivel medio terminal técnicas, 53 escuelas de educación especial, 1 de educación física, 8

para la educación de adultos y 53 escuelas de capacitación para el trabajo (*Diario Oficial*, 1997)

Comercios. Los principales giros a que están dedicados los múltiples comercios (21,018 establecimientos) de la zona son: venta de alimentos, abarrotes, materias primas y artículos para el hogar. Existen zonas donde se concentran importantes establecimientos industriales. Existen aproximadamente 4,384 establecimientos industriales que dan empleo a 68,821 personas. Estos están dedicados principalmente a la elaboración de productos alimenticios, bebidas y tabaco (36.7%), productos metálicos, maquinaria y equipo (25.05%), industria del papel (8.78%), industria del vestido y cuero (8.71%), industria de la madera (8.58%), industrias dedicadas a productos derivados del petróleo y sustancias químicas (7.57%), entre las más importantes.

En cuanto a los establecimientos dedicados a los servicios entre particulares predominan las actividades de elaboración y venta de alimentos así como talleres de reparación de objetos varios. (SSA, 2000). En cuanto al abastecimiento de alimentos y otros productos, los tianguis tienen un papel preponderante pues aproximadamente el 70% de la población realiza sus compras en ellos. Se cuenta con el registro oficial de 380 tianguis e innumerables comercios pequeños que expenden diversos productos perecederos, en cambio, sólo existen 20 mercados públicos. (SSA, 2000).

Vivienda. El problema de la vivienda en Iztapalapa es un asunto muy delicado. Como hemos visto, el proceso de poblamiento a partir de la segunda mitad del Siglo XX, se ha caracterizado por irregularidades en la tenencia del suelo, por constantes invasiones, ausencia de control para impedir la construcción de viviendas en zonas de reserva ecológica y ejidos o en zonas de alto riesgo por la presencia de minas o suelos salitrosos, erosionados o de difícil acceso para la dotación de servicios públicos. Se calcula que el 48.15% de las viviendas en Iztapalapa se encuentran en zonas con riesgos geológicos, hidrometeorológicos y

físico-químicos; el 63.78% en mal estado o deterioro de la construcción y el 10.78% de las viviendas presenta fuerte hacinamiento.

En Iztapalapa se localizan 16 de cada 100 viviendas habitadas y registradas en el DF. Según el censo de 1990, había un total de 295,760 con un índice de 5 habitantes por vivienda, mientras que para el DF el índice es de 4.5 hab/vivienda. En su gran mayoría (99%) se trata de viviendas particulares, que de acuerdo a las categorías censales son recintos bien delimitados en su construcción y que están destinados al alojamiento de familias o grupos de personas que forman hogares. En el censo 2000, el número de viviendas fue de 407,618 con un índice de 4.3 hab/vivienda.

De estas viviendas el 71% son casas solas, el 27% son departamentos y el resto son viviendas móviles o refugios, entendiéndose por refugio a la vivienda particular que se improvisa en cuevas, puentes, kioskos, tubos y similares. Más del 70% del suelo en Iztapalapa está destinado a la vivienda. 73 de cada 100 viviendas en Iztapalapa se encuentran en calidad de vivienda propia, 17 de 100 son rentadas, y 10 de 100 se encuentran en otra situación de tenencia. La situación de propiedad sobre la vivienda en Iztapalapa es comparativamente mejor con relación al DF en su conjunto, ya que en el DF sólo 65 de cada 100 viviendas son propias afectando con ello a cerca de 500,000 familias que no tienen en propiedad una vivienda. En el caso de Iztapalapa, las familias afectadas son aproximadamente 50,000.

De acuerdo a los materiales de construcción utilizados en la edificación de pisos y paredes, en las viviendas de Iztapalapa predomina el tabique, ladrillo, piedra o cemento en el 71% de las viviendas, le siguen en importancia la madera, el mosaico y otros recubrimientos con el 23%, el resto corresponde a láminas de cartón, de asbesto y otros materiales. En cuanto a los materiales predominantes en techos, el 74% de las viviendas presentan losa de concreto, tabique o ladrillo. Le siguen en importancia, la lámina de asbesto o metálica (15%) y las láminas de cartón con el 9%. El 43% de las viviendas en Iztapalapa tiene entre tres y cuatro cuartos por vivienda; 27% disponen de entre uno y dos cuartos; 22% entre cinco y

seis cuartos; 5% entre siete y ocho cuartos y sólo el 1% de las viviendas cuenta con nueve o más cuartos.

Refiriéndonos específicamente a los dormitorios, 37 de cada 100 viviendas disponen de un sólo dormitorio; 36 de cada 100, disponen de dos; 19/100, de tres, 5/100 de cuatro y 2/100, de cinco o más dormitorios. El 78.5% de las viviendas particulares cuentan con un cuarto para uso exclusivo como cocina; 9.6% de las viviendas utilizan la cocina como dormitorio y el 7.1% de las viviendas no disponen de cocina. En un 5% de los casos censados no se logró especificar este renglón.

En Iztapalapa se captaron, durante el censo de 1990, 301,617 hogares, de los cuales 21 de cada 100 estaba integrado por cuatro miembros; 19/100 constaban de cinco; 15/100 de tres; 37/100 de seis o más y el resto, 7/100, eran hogares con uno o dos miembros.

Agua. En 1990, solamente 58 de cada 100 viviendas disponían de agua entubada dentro de la vivienda; 34/100 disponían de agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno; y 5/100 no tenía acceso a este servicio ni siquiera por vía de llave pública o hidrante que quedara relativamente cerca a la vivienda. Para el año 2000 (INEGI), el 95.8% de las viviendas ya contaba con este servicio. Aunque otros estudios (SSA 2000) señalan que sólo el 87% de las viviendas cuenta con instalación de agua intradomiciliaria. En nuestra experiencia de campo encontramos que contar con instalación de agua en el domicilio no significa disposición de agua, por otro lado, el 13% de las viviendas se encuentra en situación crítica para la obtención de agua. Situación semejante se presenta con el drenaje y el problema agua-drenaje hace sinergia por la relación natural que existe entre ambos servicios.

Drenaje. En Iztapalapa, en 1990 casi 89 de cada 100 viviendas disponían de drenaje, de éstas, 80 contaban con drenaje conectado a la calle, el resto se conectaba a fosa séptica o bien presentaba desagüe al suelo. En el 2000, el 97.5% de las viviendas disponían del drenaje, pero aunque la mayor parte de las viviendas cuentan con drenaje, más de 30,000 de ellas carecen del servicio y esto

afecta a cerca de 160,000 habitantes. En cuanto a la disponibilidad de excusado, el 90% de las viviendas disponen de este servicio, aunque sólo 8 de cada diez viviendas lo tengan conectado al colector de la calle.

Electricidad. Se estima que en Iztapalapa, 98 de cada 100 viviendas disponen de energía eléctrica y que, por lo tanto, es muy amplio el sector de la población que se beneficia haciendo uso de este servicio. No obstante, existen deficiencias en el servicio de alumbrado público, lo que contribuye a incrementar la inseguridad pública e incide en algunos de los accidentes de tránsito. Solamente en 1990 se notificaron cerca de 1,200 accidentes automovilísticos que causaron la muerte a 40 personas, y heridas a 524. Esta cifra, que se mantiene casi igual para el 2000.

Para 1993 Iztapalapa contaba con 43, 870 luminarias para alumbrado público y se incrementaron a 48,466 en el 2000. Esto equivale a una proporción de 36 habitantes por cada luminaria y por cada 3.9 hectárea; en tanto que para el DF, la relación es de 25 hab./luminaria por cada 2.2 has.)

Recolecta de basura. En Iztapalapa se producen cerca de 2 mil toneladas de basura al día, que representan la quinta parte del total que se produce en todo el DF. La deficiencia en el servicio de recolecta deteriora permanentemente el medio ambiente y la salud de sus habitantes, problema que se incrementa con los incendios, pues el 17% de los incendios ocurridos en el DF durante el año 2000, sucedió en Iztapalapa. El problema de la basura va en aumento no sólo por el volumen (que casi se triplicó en 10 años, pasando de 350,216 toneladas en 1990 a 936, 955 toneladas en el 2000) sino porque la acumulación de ésta en tiraderos clandestinos y en el tradicional tiradero del *Cerro de la Caldera* requiere urgente y permanente tratamiento. Mientras en Iztapalapa la relación de habitantes con respecto al número de carros recolectores de basura es de 8172 habitantes/carro; en el DF es de 4197 hab./carro.

Asistencia social. La infraestructura para la asistencia social (INEGI, 1994) de que dispone la delegación Iztapalapa para atender a población abierta son:

- 21 CENDIS (para niños menores de 5 años).
- 12 estancias infantiles (para niños de 3 meses a menos de 5 años).
- 2 casas de protección social (para niños de 5 a menos de 18 años).
- 2 casas de protección social (enfermos de Sida y enfermos mentales).
- 1 casa de protección social (para niñas abandonadas).
- 1 centro de rehabilitación (para niños adolescentes y adultos).
- 2 centros de integración juvenil (para niños y adolescentes).
- 8 centros sociales (para niños, adolescentes y adultos).
- 14 centros y 4 casas de cultura (para niños, adolescentes y adultos).
- 9 centros deportivos (para niños, adolescentes y adultos).
- 1 centro familiar.
- 1 centro de educación especial.
- 2 centros de salud comunitaria.
- 6 centros de desarrollo de la comunidad.

Recursos de salud. Los principales recursos institucionales con los que cuenta la delegación de Iztapalapa para atender los problemas de salud están adscritos a las principales instituciones del sector público: Secretaría de Salud del DF (un hospital pediátrico y un hospital general), 4 clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 4 clínicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). En total son 54 unidades médicas con 1,193 camas censables. Además, relativamente cerca de la FES-Zaragoza, opera una clínica de atención médica para población abierta administrada por la Comunidad Económica Europea. Para el año 2000, la población con derechohabiencia es de 828,725 personas que representan el 46.7% de la población total.

De acuerdo a cifras proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en 1990 existían en Iztapalapa 113 consultorios, 11 laboratorios de análisis clínicos y 4 gabinetes de radiología, atendidos por 137 profesionales médicos y 421 trabajadores no médicos. Todos dependientes de la

SSA. Por su parte el IMSS, según los datos proporcionados en su Anuario Estadístico de 1992, contaba con 190 consultorios, 30 "peines" de laboratorio, 452 camas, 12 gabinetes de radiología y 2 salas de expulsión, atendidos estos servicios por 664 profesionales médicos y 2,426 trabajadores no médicos; durante el año citado se otorgaron 1'249,501 consultas.

El ISSSTE contaba, en 1990, con: 116 consultorios, 2 laboratorios de análisis clínicos, 394 camas censales, 15 gabinetes de radiología y 5 salas de expulsión. El personal médico de que dispuso fue de 559 elementos y 1,883 trabajadores no médicos. El total de servicios de consulta otorgados por esta institución alcanzó la cifra de 473,697 consultas cifra que casi se duplicó para el año 2000, al otorgarse 812,391 consultas

Los recursos del DIF para 1990 se concentraron en 10 establecimientos de asistencia social que atendieron a una población de 50,262 personas, y el Departamento del Distrito Federal atendió a 164,271 personas en alguno de los 46 establecimientos de que dispone en la delegación Iztapalapa. Esta última cifra se incrementó a 691,568 para el año 2000.

d) Contexto demográfico

Población. A partir de 1940 el crecimiento poblacional de Iztapalapa es particularmente notable. Al inicio de esa década la población apenas rebasaba los 25 mil habitantes, en cinco y media décadas más, la población creció casi 60 veces más, lo que significa un proceso de crecimiento elevado y singular. En estos 50 años, pasa de ser definida como una zona eminentemente rural, a ser reconocida en un doble carácter: de área urbana -con uso de suelo para vivienda, industria, comercio y servicios-, y zona semirural destinada a la siembra de hortalizas. Para el censo del año 2000 se le consideró solamente como una localidad predominantemente urbana, a pesar de que en algunas regiones se mantienen cultivos de hortalizas y pese a que en la demarcación habitan dos comunidades indígenas mazahuas con aproximadamente 200 familias, éstas se

localizan en las colonias de San Andrés Tetépilco y Santa María Tomatlán (SSA, 2000).

En 1990, el 47.08% de la población la componían jóvenes menores de 19 años, lo que desde una perspectiva sociodemográfica significaba que el crecimiento poblacional todavía se mantendría bastante activo en los próximos años. Con respecto de la población total del año 2000, en Iztapalapa se está produciendo el mismo fenómeno de transición demográfica que ocurre en el resto del país: disminuye el crecimiento de la población infantil mientras crece la tasa de población adulta. Mientras en 1995 el 31.5% de la población eran menores de 14 años, en el 2000 bajó a 29.9%. La población de 15 a 64 años pasó de 65.2% a 66.1% respectivamente (el porcentaje en 1993 era del orden de 60.36%). La población de mayores de 65 años se incrementó del 3.3% al 4.0%. Es evidente que un número tan elevado de niños y jóvenes conformaba una población de gran demanda de servicios educativos, instalaciones recreativas y atención médica, y en un futuro inmediato será demandante de fuentes de trabajo y vivienda. Mientras que la población de la tercera edad vendrá a constituir un verdadero problema para la organización de los servicios urbanos de todo tipo.

Migración. La migración campo-ciudad ha sido uno de los fenómenos demográficos característicos del poblamiento de la Ciudad de México, y particularmente de Iztapalapa. Venidos principalmente de la región centro y sur de la República, miles de campesinos han cambiado su residencia de origen por la capital del país, que ha sido históricamente el eje rector de la vida política, económica, cultural y social del país. La Ciudad de México no sólo ha concentrado los poderes de la federación, los mayores volúmenes de producción, el mayor porcentaje del PIB, los mayores centros industriales y de servicios; ha concentrado además el mayor porcentaje de población nacional.

Entre 1940 y 1950, la población de la Ciudad de México tuvo un crecimiento anual promedio del 5.7%. A partir de entonces, el crecimiento demográfico se ha ido desacelerando paulatinamente, al tiempo que se ha producido un deslizamiento de la población con dirección del centro hacia el norte, noreste,

noroeste y sureste. Así, mientras el DF creció a una tasa del 4.8% anual entre 1950 y 1960, Iztapalapa creció con tasa anual del 12.8%.

Durante los años siguientes, las migraciones inician importantes recorridos por los municipios aledaños al DF; quienes buscan trabajo se dirigen a las zonas industriales (Naucalpan, Tlalnepantla, Ecatepec) o bien, los que buscan una vivienda en propiedad se deciden por municipios como Nezahualcoyotl, Chimalhuacán y Los Reyes La Paz, entre otros.

Los flujos migratorios del campo-ciudad, tan intensos durante las décadas de los 50 y 60, empezaron a disminuir en las siguientes décadas. El último censo informa que el 75.6% de los actuales lugareños de Iztapalapa, nacieron en la entidad, mientras que el resto procede principalmente de Puebla, Oaxaca, Estado de México, Michoacán, Veracruz e Hidalgo, entidades que ocupan los primeros cinco lugares en aportar migrantes a Iztapalapa. En cambio entre 1960 y 1970, de cada 100 habitantes de Iztapalapa, 62 formaban parte de las corrientes migratorias y 38 habían nacido en esa demarcación.

Estado civil. Con respecto al estado civil de la población de Iztapalapa, 41 de cada 100 habitantes mayores de 12 años son solteros; 44 casados (con gran predominio de matrimonios civiles y religiosos, pues el 70% de los casados declaran haber contraído matrimonio bajo tales regímenes); 12 de cada 100 individuos viven en unión libre; 4.9 de cada 100 viven separados o divorciados y 4 personas de cada 100 son viudos. (INEGI, 2000).

Natalidad. En Iztapalapa, la tasa de natalidad en 1990 fue de 20.8 nacimientos por cada 1,000 habitantes y en el 2000, de 19.9, y ésta, es una de las tasas de natalidad más altas en el DF. La tasa de fecundidad correspondiente a Iztapalapa fue respectivamente de 65.8 por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años en 1990 y de 67.2 en el 2000. Debe mencionarse que en la actualidad, y sobre todo en las ciudades, es más frecuente que las mujeres se embaracen después de los 20 años, lo que contribuye a disminuir las tasas de natalidad en el medio urbano. En el DF, 6 de cada 10 mujeres se embarazan por primera vez entre los 20 y 29

años. El número de nacimientos por mujer se modifica de acuerdo a la ocupación y la escolaridad de la madre. Las mujeres que trabajan y las de mayor escolaridad procrean menos hijos.

Fecundidad. Debe tomarse en cuenta que en 1990, 32 mujeres de cada 100 que habitaban en Iztapalapa se encontraban en edad reproductiva (entre 12 a 49 años de edad), al año 2000 esta relación había aumentado notablemente al pasar a 52 mujeres en edad fértil por cada 100. En consecuencia, y aunque ha disminuido el ritmo de crecimiento poblacional en la delegación de Iztapalapa, es de esperarse un crecimiento natural relativamente alto en los años siguientes, aun cuando la población muestra tendencias a disminuir el número de hijos por familia, pasando de 5.3 hijos por familia en 1970, a 3.4 en 1990 y 2.1 en el 2000.

En Iztapalapa la edad más frecuente para iniciar la vida reproductiva de las mujeres oscilaba entre los 20 y 34 años de edad en 1990. En la actualidad es entre los 30 a 39 años, después empieza a hacerse notable la disminución en la vida reproductiva de la mujer y, en consecuencia, el número de hijos por mujer va descendiendo en relación con el aumento de edad de la madre. El 23.3% de las mujeres de 12 y más años con hijos nacidos vivos, tienen en promedio 2 hijos; 19%, tres; 12.4%, cuatro; 8.1%, cinco; 5.9%, seis; 4%, siete hijos; el resto, aproximadamente el 7.1%, tiene ocho o más hijos. En el extremo está el 19% de las mujeres que apenas han iniciado su vida reproductiva y han procreado sólo un hijo.

Entre los factores que parecen modificar de manera notable el número de hijos por mujer, debe destacarse el de la relación entre el número de hijos y el estado civil de la población, notándose que el número de hijos aumenta cuando la pareja está unida religiosamente, y disminuye en el siguiente orden: a) unidas civil y religiosamente, b) casadas sólo civilmente, c) mujeres separadas, d) en unión libre, y en el último lugar, e) madres solteras, cuyo promedio de hijos por mujer es bastante menor con respecto a cualquier otro grupo.

Todo parece indicar que en el patrón de reproducción femenina las apreciaciones y los comportamientos derivados de la cultura son esenciales, donde la religión sigue ocupando un lugar importante para decidir la maternidad. Es evidente que para muchas parejas el matrimonio religioso se sustenta en la aceptación de un compromiso ético-moral que proporciona cierta seguridad y estabilidad para la procreación de los hijos.

Morbilidad. En Iztapalapa, los datos sobre morbilidad hospitalaria indican un perfil epidemiológico característico del subdesarrollo. De acuerdo a la atención médica proporcionada por la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, en 1993 predominaron, entre los habitantes de Iztapalapa, los siguientes padecimientos:

1. Bronconeumonía
2. Traumatismo intracraneal
3. Laringitis y traqueitis aguda
4. Sarampión
5. Aborto no especificado
6. Otras complicaciones del trabajo de parto
7. Amibiasis
8. Infecciones intestinales
9. Bronquitis y bronquiolitis
10. Asma

La mayoría de estos padecimientos se encuentran asociados a condiciones de pobreza. Por otra parte, son característicos de la población femenina e infantil, que por su histórica situación de marginalidad social carecen de recursos y posibilidades de ser atendidos en sus necesidades y demandas. Entre algunos de los problemas que se constituyen en factores determinantes de causalidad social en los padecimientos señalados, encontramos que la elevada densidad de población en Iztapalapa, no se ha acompañado de políticas de urbanización racionales. En Iztapalapa se localizan muchas de las 201 ciudades perdidas que ha registrado recientemente el DDF en todo el Distrito Federal, zonas en donde se carece de vivienda adecuada, de agua potable y drenaje.

Por otra parte y en relación a las enfermedades por demanda de atención en unidades de salud de la SSA en Iztapalapa, entre 1989 y 1993, el primer lugar lo han ocupado las infecciones respiratorias agudas con tasas de 158.3 a 339.1 por 10 mil habitantes, siguiéndole las enfermedades de los tejidos dentarios duros con 63.7 a 98.0; infecciones intestinales y parasitosis con 26.9 a 46.7; trastornos de menstruación y otras hemorragias con 24.0 a 32.0; traumatismos en todas sus formas con 16.2 a 30.2, todas por 10 mil habitantes(3).

Durante 1993 las primeras causas de morbilidad materna en Iztapalapa fueron: complicaciones del embarazo, parto y puerperio con 239 casos y tasa de 4.9 por 10 mil habitantes, seguida de abortos, con 18 casos y tasa de 0.4; infecciones de la mama, del pezón asociado con el parto con 11 casos y tasa de 0.2; hiperemesis en el embarazo con 8 casos y tasa de 0.2, todas por 10 mil habitantes.

Según registros de la SSA, durante 1993 en Iztapalapa los menores de un año enfermaron principalmente de: infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, con 6,050 casos; infecciones intestinales con 973 casos; dermatitis y dermatosis con 649 casos; enteritis y colitis no infecciosas, con 247 casos; amibiasis con 178 casos. Para el mismo periodo, los niños de 1 a 4 años enfermaron de: infecciones agudas de vías respiratorias 10,627 casos con tasa de 715.1 por 10 mil habitantes; infecciones intestinales 1,357 casos con tasa de 91.3; helmintiasis 1,293 casos con tasa de 87.0; enfermedades de los tejidos dentarios duros 1,042 casos con tasa de 70.1; dermatitis y dermatosis 1019 casos con tasa de 68.6; amibiasis 635 casos con tasa de 42.7, todas las tasas por 10 mil habitantes.

La morbilidad en el grupo de 5 a 14 años fue de: infecciones de las vías respiratorias 11,206 casos con tasa de 283.2 por 10 mil habitantes; enfermedades de los tejidos dentarios duros 8,837 casos con tasa de 223.3; helmintiasis 2,208 casos con tasa de 55.8; dermatitis y dermatosis 1,657 casos con tasa de 41.9; avitaminosis 1476 casos con tasa de 37.3; amibiasis 1,233 casos con tasa de 31.2, todas las tasas por 10 mil habitantes.

Si las enfermedades están directamente relacionadas con las condiciones socioeconómicas de las comunidades, no hay que olvidar que en Iztapalapa se localiza el 17.8% del total de desempleados de la ciudad; casi el 25% de sus habitantes perciben menos de un salario mínimo y es la delegación que mayor migración recibe, la que presenta el más alto déficit en la dotación de servicios, de áreas deportivas y de centros culturales y sociales. Por otra parte, el consumo percapita de carne en el DF, en 1990, se estimó en 23.8 Kg/hab./año. En Iztapalapa este consumo fue eminentemente menor: 12.7 Kg/hab/año, mientras que en el mismo periodo hubo delegaciones, como la Miguel Hidalgo, donde el consumo de carne fue de 36.4 Kg/hab/año, es decir el triple que en Iztapalapa.

Mortalidad. Las tasas de mortalidad de una población y las causas que la determinan, representan un indicador para evaluar la situación de salud y de bienestar social de la población. Tradicionalmente se ha aceptado que las condiciones económicas determinan, de manera sustantiva, las formas de relación entre los integrantes de una sociedad y el estado de salud-enfermedad de la población. La mortalidad es un indicador central que hace notar las diferencias sociales en que viven y mueren los grupos humanos. En los países subdesarrollados, los datos sobre mortalidad, verifican los límites de la sobrevivencia en el contexto de las más profundas desigualdades.

La crisis económica persistente en nuestro país desde finales de la década de los 70 y agudizada desde 1982, vuelve a manifestarse en los hospitales públicos. A enfermedades como el cólera, la lepra, el dengue, el paludismo, la tuberculosis o el sarampión, se suma el sida; a enfermedades infecciosas digestivas y respiratorias se siguen integrando enfermedades carenciales como la desnutrición y el aumento de la población envejeciente adiciona al patrón de mortalidad, las enfermedades crónico degenerativas.

Si bien, la tasa de mortalidad infantil disminuye del 28.8% en 1993 al 26.1% en 1999, la tasa bruta de mortalidad repunta ligeramente del 4.1 en 1990, al 4.2 en el 95. Asimismo, de las 3,610 muertes fetales ocurridas en 1991 en el DF, 525 de éstas (14.4%) ocurrieron en Iztapalapa.

El diagnóstico de salud jurisdiccional de Iztapalapa, realizado por los Servicios de Salud Pública en el DF de la SSA, reporta que para 1991 la diabetes mellitus ocupó el primer lugar en el cuadro de mortalidad en población general, con una tasa de 43.5 por 100 mil habitantes, siguiéndole la cirrosis hepática con 43.3; bronconeumonía con 16.4; infarto del miocardio con 22.3; hemorragia intracerebral con 8.2; tumores malignos y accidentes de tránsito con 8.6 respectivamente, y las enfermedades infecciosas y parasitarias con tasa de 8.8, todas por 100 mil habitantes.

Respecto a la mortalidad materna en Iztapalapa, durante 1991 las complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo ocuparon el primer lugar con 3.61 defunciones por 100 mil mujeres en edad fértil, siguiéndole las complicaciones que ocurren en el curso del trabajo de parto con 0.83 defunciones; embarazo terminado en aborto con 0.55; complicaciones del puerperio y el parto normal con 0.27 defunciones, todas por 100 mil mujeres en edad fértil.

Entre las diez principales causas de mortalidad infantil de Iztapalapa en niños de 1 a 4 años se encuentran la neumonía e influenza ocupando el primer lugar con una tasa de 13.27 por 100 mil habitantes, siguiéndole las enfermedades infecciosas intestinales con 6.92; anomalías congénitas con 5.19; accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpos extraños 4.04; otros accidentes 3.46; caídas accidentales 2.88; otras enfermedades bacterianas 2.3; tumores malignos 2.3; enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central 2.3 y accidentes de tránsito 2.3, todas tasas por 100 mil habitantes.

En el mismo periodo, las tres principales causas de mortalidad para el grupo de 5 a 14 años, fueron: accidentes de tránsito de vehículos de motor con una tasa de 6.41 por 100 mil habitantes, siguiendo tumor maligno del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos 2.74; homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente con 1.83, (tasas por 100 mil habitantes).

También durante 1991, las tres principales causas de mortalidad en Iztapalapa para el grupo de 15 a 24 años fueron: accidentes de tránsito de vehículos de motor con una tasa de 10.28 por 100 mil habitantes; homicidio y

lesiones inflingidas intencionalmente con 8.47; Envenenamientos por droga, medicamentos y productos lisérgicos 6.05, todas tasas por 100 mil habitantes.

Para el grupo de 25 a 44 años, las cuatro principales causas de defunción fueron: enfermedades del aparato digestivo con 40.47 por 100 mil habitantes (aquí se engloba la cirrosis hepática con 32.0); tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo con 12.59; enfermedades metabólicas y trastornos de la inmunidad con 12.32; accidentes de tránsito con 11.52, todas tasas por 100 mil habitantes.

Para el grupo de 45 a 64 años, las cuatro principales causas de defunción fueron: enfermedades de glándulas endócrinas con 196.11 por 100 mil habitantes, siguiéndole enfermedad isquemia del corazón con 77.69; enfermedad cerebro vascular 67.13 y tumores malignos de órganos digestivos y del peritoneo con 66.37, todas tasas por 100 mil habitantes.

Finalmente, las principales tres causas de mortalidad en Iztapalapa en el grupo de 65 años y más, fueron: enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 643 por 100 mil habitantes; enfermedad cardiovascular con 467.4; neumonía e influenza con 408, todas tasas por 100 mil habitantes.

Trabajo. En el censo del 2000, la delegación Iztapalapa reportó un avance significativo en cuanto al crecimiento de la Población Económica Activa (PEA) al pasar de 499,166 personas en 1990 a 705,741, que representa el 53% del total de población de 12 años y más, comparativamente al 45% que representó en 1990. La proporción de hombres y mujeres que integran la PEA ocupada se presentó en una relación aproximada de 3 hombres por cada mujer en 1990, en el 2000 esta relación fue casi de 1:1. En el caso del DF, la relación es de 2:1, lo que indica que las mujeres en Iztapalapa se están integrando con mayor facilidad al mercado de trabajo.

La participación de los hombres en las actividades productivas es notablemente mayor entre los 25 y los 64 años de edad. En el caso de las mujeres, los rangos de edad se encuentran entre los 20 y los 44 años. Es claro que las mujeres se integran al proceso productivo en edades más tempranas y

siendo solteras. Esta situación no sólo habla de un patrón de selección en el mercado laboral, sino de las dificultades y la falta de apoyo familiar e institucional que enfrenta la mujer una vez iniciada su vida reproductiva. Por otro lado, es relativamente más fácil para las mujeres incorporarse al trabajo cuando son jóvenes pues el sector de ocupación al que se incluyen en primer lugar es el terciario (de los servicios).

Las cinco ocupaciones que ocupan al 57.4% de la PEA de Iztapalapa, son: comerciantes y dependientes (17.4%), artesanos y obreros (15.7), oficinistas (10%), servicios personales (7.7%), operadores de transporte (6.6%). Con respecto a 1990 se observan notables modificaciones, el 60.4% de la PEA de entonces se ocupaba en lo siguiente: oficinistas 19.5%, artesanos y obreros 16.2%, comerciantes y dependientes 8.7%, operadores de maquinaria fija 8.5% y trabajadores en servicios públicos 7.5%.

En 1990 el 44.5% de la PEA obtuvo un ingreso mensual promedio entre uno y dos salarios mínimos, para el 2000 fue el 37.8%; 22% obtuvo menos de un salario mínimo en el 90 y 10.2% en el 2000. Esto significa una real mejoría en sus percepciones y el fenómeno se vincula a los cambios producidos en el sector de ocupación, aunque también vale la pena señalar que casi la mitad de la PEA trabaja entre 33 a 48 horas a la semana, sobre todo los empleados y los obreros.

f) Contexto sociocultural

La delegación subdivide su territorio cultural especialmente por sus pueblos y barrios que tienen origen prehispánico y que se les ha denominado como *pueblos* y *barrios de conservación patrimonial* y varias de sus edificaciones (27 monumentos) están catalogadas y protegidas por el INAH (Instituto Nacional de Antropología e Historia). El conjunto de pueblos y barrios ocupa una superficie de 1,169.9 has., que representan el 10% del territorio delegacional.

Los nombres de los pueblos son:

- San Andrés Tetepilco
- Mexicaltzingo
- San Juanico Nextipac

- La Magdalena Atlazolpa
- San José Aculco
- Culhuacán
- San Lorenzo Tezonco
- Santa Cruz Meyehualco
- Santa María Aztahuacán
- Santa Martha Acatitla
- San Sebastián Tecoloxtitla
- Santiago Acahualtepec
- Los Reyes Culhuacán
- San Antonio Culhuacán

Los nombres de los barrios son:

- Santa Bárbara
- La Asunción
- San Ignacio
- San José
- San Pedro
- San Pablo
- San Lucas
- San Miguel

Hablantes de lengua indígena. Entre los habitantes de Iztapalapa quedan muy pocos hablantes de alguna lengua indígena; poco más de 22 mil personas declaran en el censo de 1990 hablar lengua indígena y en el 94% de los casos son personas mayores de 15 años. Llama poderosamente la atención que estas cifras se hallan incrementado para el censo 2000. Así tenemos que la población hablante de lengua indígena se constituyó por 32,141 personas, es decir hubo un crecimiento del 31.5%. En 1995 los menores de 14 años que hablaban lengua indígena eran 1012, para el año 2000 pasaron a ser 1799, este aumento de casi el 44% resulta de un trabajo cultural hecho por las madres frente a una sociedad que fuerza a sus habitantes hacia la homogenización.

Las lenguas indígenas que predominan en Iztapalapa son: nahuatl, mixteco, otomí, zapoteco y mazahua. Sin embargo, es notable la gran variedad de lenguas que reporta haber encontrado el XI censo de población y vivienda: 62 en total.

Religión. Predomina la católica en el 92% (1990) y 90% (2000) de la población mayor de 5 años, mientras que el resto profesa las religiones protestante y

evangélica 4.5%, testigos de jehová y judaica entre otras. El sincretismo religioso tiene numerosas expresiones, una de las cuales puede apreciarse en el templo principal de Iztapalapa, que no obstante estar dedicado a un santo español -San Lucas-, en su decoración se observan numerosos motivos prehispánicos.

Tradiciones. El antiguo señorío de Iztapalapa, legó tradiciones y costumbres aún vigentes, como el uso de herbolaria y la práctica de la medicina tradicional que perduran hasta nuestros días tanto en la memoria de sus habitantes como en las prácticas terapéuticas populares, mismas que se van enriqueciendo con los saberes de migrantes rurales de diversas regiones del país. Ambientada con música de tambor y flauta de barro, cada año se realiza en Iztapalapa la representación de *La Pasión de Cristo* durante la *Semana Santa*, a la cual acuden miles de personas, incluyendo extranjeros. En el *Cerro de la Estrella* se celebra aún el ritual del *Fuego Nuevo*, práctica cultural con gran sentido de esperanza y renovación, que junto con la representación de *La Pasión de Cristo*, son las ceremonias más importantes de la localidad. Para la organización de estas celebraciones se unifican los diferentes barrios en que está constituida la delegación. Es común que cada año se realicen peregrinaciones al Santuario del *Señor de la Cuevita* -en Iztapalapa- con la asistencia de numerosos contingentes de los diferentes barrios.

Tomando en cuenta la tradición prehispánica, Iztapalapa se divide en Atlailco (o Atlomulco) e Izomulco (o Tzomulco) y a estas dos grandes divisiones pertenecen los barrios de *San Lucas, Santa Bárbara, San Ignacio, San Pedro, San Pablo, San José, Asunción* y *San Miguel*. Otros barrios importantes son: *San Andrés Tomatlán, San Antonio Culhuacán, Santa María Tomatlán* y *Santa Rosa Celeste*. Los habitantes que no participan de las festividades tampoco son considerados como parte de los barrios y en realidad se constituyen como una población "añadida" a Iztapalapa por necesidades habitacionales, pero "separada" de los barrios al no compartir las relaciones socioculturales de éstos.

Educación. En Iztapalapa, el 92% de los niños de 6 a 14 años sabe leer y escribir; porcentaje similar al del DF que es de 93%. El 96.3% de la población mayor de 15

años, es alfabeta (INEGI, 2000). En 1990, la proporción de mujeres analfabetas con relación a los hombres era de 3 a 1, mientras que en la delegación Benito Juárez la proporción es de 5 a 1; en la Cuauhtémoc y Venustiano Carranza es de 4 a 1, delegaciones donde predomina la fuerza de trabajo femenina ocupada en los servicios y el comercio. En el año 2000 la proporción es casi igual a 1:1, lo que significa un notable avance en el proceso de alfabetización de las mujeres. Asimismo, el 66.8% de la población mayor de 15 años cuenta con estudios posteriores a la primaria, 23 de cada 100 habitantes se encontraba inscrito en algún nivel educativo.

Por otra parte, 47 de cada 100 escolares inscritos son niños entre 6 y 14 años; 13 de cada 100 tienen entre 13 y 14 años; 21 de cada 100 entre los 15 y 19 años y 13 de cada 100 son mayores de 20 años. Estos datos ofrecen un somero perfil de la dinámica escolar entre los habitantes de Iztapalapa, pudiendo observarse que aun cuando predomina la asistencia a la escuela primaria, es notable que más del 34% de la población, que no asiste a la escuela actualmente, son jóvenes de 15 años en adelante.

Las delegaciones de Iztapalapa, Cuajimalpa, Milpa Alta, Magdalena Contreras, Tláhuac y Xochimilco, que tienen una historia similar de poblamiento con Iztapalapa, comparten también semejanzas de escolaridad y analfabetismo de su población, puesto que aproximadamente el 93.4% de los habitantes mayores de 6 años saben leer y escribir, mientras que en las delegaciones restantes se registra un 95.8% de población mayor de 6 años que sabe leer y escribir. Los años escolares aprobados por persona en las 6 primeras delegaciones es en promedio de 6.6 por persona. Para el resto de las delegaciones el promedio per cápita es de 8.1 años. Mientras que el DF, en conjunto, presenta un promedio per cápita de 7.6 años cursados, Iztapalapa tiene un promedio de 6.7 años de escolaridad por habitante.