



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGÍA

"EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN COMUNIDADES
SUBURBANAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.
LINEAMIENTOS DIDÁCTICOS"

no. 60
México

T E S I S A
FACULTAD DE FILOSOFÍA
Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGÍA
Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PEDAGOGÍA

P r e s e n t a :
Doris Verónica Ortega Altamirano

No. 60
Patricia Quintero

Mayo 1984



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.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	7
1. BASES TEORICAS	12
1.1 <u>Educación para la salud como proceso de la comunidad.</u>	12
1.2 <u>Tipo y fundamentos de la educación en - que se inscribe esta práctica educativa.</u>	20
1.2.1 Educación no formal.	20
1.2.2 Características de los programas de educación no formal.	33
2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COMUNIDAD	46
2.1 <u>Síntesis de los antecedentes históricos de las comunidades suburbanas de México.</u>	46
2.2 <u>Características económicas, sociales, - políticas, psicológicas, culturales y - ambientales de la comunidad "La Rosita" en Cuajimalpa, D.F.</u>	60

2.3 <u>Problemática de Salud y Educación para la Salud en "La Rosita".</u>	79
3. APROXIMACION TEORICA A UNA PROPUESTA ALTERNATIVA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD "LA ROSITA"	99
3.1 <u>Nivel Epistemológico</u>	99
3.2 <u>Nivel Metodológico</u>	107
3.3 <u>Nivel Operacional</u>	121
CONCLUSIONES	128
NOTAS	132
ANEXOS	134
GLOSARIO	167
BIBLIOGRAFIA	174

"... una educación... no tiene -
justificación ni razón de ser si.
no está orientada hacia la parti-
cipación del pueblo a través de -
la organización y de la acción po-
lítica, en todos los procesos de
cambios sociales. Podrán discu-
tirse técnicas pedagógicas, meto-
dologías, programas, ciclos, nece-
sidades, prioridades, etapas, etc.
conforme a las realidades de cada
país y de cada región, así como -
también de cada grupo social. -
Pero hay algo que es difícil po-
ner en tela de juicio: la necesi-
dad de una educación orientada -
hacia la toma de conciencia...
que conduzca a la acción para la
liberación".

Anton de Schutter

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

La problemática de salud de las comunidades suburbanas, está conformada por una cantidad enorme de dificultades para las cuales no encontramos respuesta inmediata, no obstante vemos a la educación para la salud como un elemento que coadyuva a la organización de las comunidades para enfrentarse a ésta problemática; reconocemos las limitaciones de la educación en este sentido, ya que el problema de salud-enfermedad de las comunidades trasciende el ámbito educativo.

La conservación de la salud es una preocupación que no sólo afecta a los individuos y al grupo social al que pertenecen, sino que también los gobiernos tuvieron que reconocer como derecho de los pueblos el de la salud como consecuencia de presiones sociales y, por lo tanto, como una obligación del Estado el promoverla, conservarla y recuperarla; en México los primeros intentos de legislar la seguridad social datan de 1921, se formulan y expiden en 1943¹.

1) ATRIAN, M. e Yrizar, J.A. Algunas Reflexiones en torno...
114

Ya desde esos años se habían considerado en los programas - escolares contenidos referidos a la educación para la salud, tales como: higiene personal, aspectos elementales de nutrición, etc., pero no se había considerado el proceso salud-enfermedad en su magnitud, ni se había incluido la educación para la salud en programas de educación no formal; en el mejor de los casos se había atendido la problemática de salud de las comunidades suburbanas desde la perspectiva - asistencial y no en la educativa, esta situación ha cambiado, puesto que actualmente existen programas de educación - para la salud en comunidades suburbanas no obstante, en éstas encontramos que no se han tomado en cuenta las necesidades de salud de la población para generar dichos programas.

¿Qué entendemos por educación para la salud en comunidades suburbanas?, se entiende que la educación para la salud, es una modalidad de la educación no formal, y en el primer capítulo de este trabajo se trata ampliamente bajo los siguientes términos: la educación para la salud exige la participación reflexiva y activa por parte de la comunidad que se en

cuentra en el proceso educativo, se inicia desde el momento mismo en que se realiza el diagnóstico de salud, cuyo propósito es la modificación de actitudes y promoción de hábitos de la salud y prevención de enfermedades. La educación para la salud se ubica precisamente en un primer nivel de atención del sistema de salud.

En este mismo capítulo se considera la importancia de avanzar en la construcción del concepto de salud y enfermedad - en cuanto proceso de la colectividad (hombre-trabajo-ambiente); y relacionar a la enfermedad (tanto individual, como de grupo o de poblaciones enteras) en el contexto ecológico, con las condiciones socio-culturales de convivencia², ya que ésto nos permitirá plantear a largo plazo una política de salud con la comunidad, cuya meta sea responder verdaderamente a las necesidades de salud de la población, tomando a la educación como un elemento básico en esta construcción.

2) BERLINGUER G, Salud, Ciencia y Sociedad. 12

Por ello, la educación para la salud tiene que basarse en el análisis de las condiciones de salud-enfermedad de la comunidad, y de su contexto socio-económico y ambiental es decir, ubicar la problemática de salud-enfermedad de la comunidad y de educación para la salud en el proceso histórico que la ha delimitado; ésto se realiza en el segundo capítulo de este trabajo, en el cual profundizamos en el estudio de una comunidad ubicada en la Delegación de Cuajimalpa en el D.F. llamada "La Rosita".

¿Cuál es la manera de alcanzar las metas propuestas por la educación para la salud en la comunidad?, ¿Cuáles son los fundamentos teórico-metodológicos necesarios para plantear un programa en educación comunitaria para la salud en zonas suburbanas?, ¿Porqué se necesitan lineamientos didácticos para la organización de una metodología de la educación para la salud en comunidades suburbanas?, en el tercer capítulo de este trabajo se fundamenta una propuesta metodológica de educación comunitaria para la salud con base en la consideración de los elementos que participan en una situación educativa concreta, concepción de método, concepción de

aprendizaje, concepción de tarea, análisis del rol del educador-educando y también con base en las características de las comunidades y de su problemática de salud, temas abordados en el segundo capítulo.

Los lineamientos didácticos son necesarios como punto de reflexión-acción-transformación para las personas interesadas en participar en programas de educación comunitaria para la salud en zonas suburbanas, es por eso que este trabajo, pretende ser una aportación para la educación en este aspecto tan importante y tan poco explorado en nuestro país.

1. BASES TEORICAS

1.1. LA EDUCACION PARA LA SALUD COMO PROCESO DE LA COMUNIDAD

La educación para la salud se ha llevado a cabo en las comunidades suburbanas de manera técnica, en forma de campañas de vacunación, planificación familiar, etc. Es decir, ésta no responde ni a las necesidades de las comunidades, ni a las expectativas de los trabajadores comunitarios, que en esta campo, hasta ahora sólo han encontrado respuestas parciales que no corresponden a la dimensión de sus esfuerzos.

De ahí que sea necesario intentar un replanteamiento - del marco teórico que sustenta esta práctica en sus aspectos fundamentales, que proporcione al equipo de salud y a la comunidad una base en la cual inscribir su práctica, esclareciendo sus posibilidades y límites de insidencia de cambio en el estado de salud y enfermedad de la misma.

La elaboración de este replanteamiento deberá partir de una concepción de la salud y la enfermedad de tal manera que contemple la función de estructura social de clases, tarea cada vez más urgente a realizar por parte de todos aquellos involucrados directamente en esta práctica.

Es necesario vincular el proceso S-E (proceso de Salud-Enfermedad) con el contexto socio-cultural además del contexto ecológico, sustentando la explicación de la determinación social del proceso S-E en categorías de una teoría social.

El análisis científico de las repercusiones del desarrollo capitalista en las condiciones de S-E de la población, es la única aproximación al problema que puede generar un conocimiento que sintetice la complejidad de la problemática.

Las contradicciones existentes entre las clases sociales son los indicadores que pueden expresar esencialmen

te las condiciones de existencia de las comunidades sub-urbanas en México; sin embargo, en la práctica y en la investigación epidemiológica que se ha llevado a cabo - de manera exhaustiva, no se han tomado en cuenta; en - cambio, indicadores tales como morbilidad-mortalidad en relación al sexo, edad, raza, clima, ocupación, condi- ciones ambientales, etc., saturan de estadísticas la in- vestigación y determinan las metas y políticas de los - sistemas de salud y educación que se tornan en solucio- nes a nivel de cantidad y no de calidad en los servi- cios y no permiten un análisis crítico, pues sólo se - quedan en lo puramente descriptivo, violentando en tér- minos conceptuales y perceptuales la realidad concreta de las comunidades suburbanas.

El sistema de atención médica mexicano abre la posibili- dad de lograr una aproximación al análisis científico - de las condiciones de S-E de la población suburbana de México, ya que determina el tipo de población por clase social que hace uso de cada institución de salud; por

ejemplo, la SSA recibe una población con características tales como: en cuanto a situación laboral; inseguridad de su permanencia en el empleo, frecuentes períodos en que permanecen desocupados; en cuanto a su nivel escolar, éste es muy bajo y muchas veces son analfabetas; pertenecen a familias numerosas con ocupaciones diversas y en la mayoría de los casos ocupaciones no calificadas, sin seguridad social, sin recursos para atenderse en medicina privada. El IMSS solo da atención a los derechohabientes, lo cual indica que de alguna manera participan en el sistema productivo (sector privado) de manera constante lo que le da un matiz diferente a sus problemas de salud.

Una organización del sistema de salud para ser eficaz tendría que implicar la abolición de los criterios de selectividad por estatus económico, al mismo tiempo que la inclusión de numerosos componentes de la vida social; "... industria, agricultura, escuela, sindicato, trabajadores sanitarios, etc."¹ los cuales no han sido toma

1) TIMIO, M. Clases Sociales y Enfermedad. 11

dos en cuenta en ninguna política sanitaria. Desde el punto de vista político institucional, la organización del sistema de salud se ha transformado en un instrumento de control político de los hombres; en instrumento de poder y, a menudo, en un instrumento de corrupción política, con lo que lo sanitario pasa a ocupar un lugar secundario.

Lo anteriormente expuesto no es casual, ya que está íntimamente relacionado con la dinámica capitalista. El capital no vela por la salud y la duración de la vida de las masas desposeídas altruístamente; se interesa en ellas en la medida en que éstas son capaces de producir plusvalía, para lo cual requieren un mínimo de salud (restituir a la fuerza de trabajo). Como respuesta a esto debe surgir una política sanitaria viable, real, que pueda verse concretizada en hechos que lleven a establecer condiciones óptimas de desarrollo de la colectividad, ya que las reformas sanitarias hasta ahora no han logrado salvar obstáculos tales como el interés por

Las ganancias económicas provenientes del sector productor de servicios de salud.

¿Cómo afecta la política de salud actual en la realización de programas de S comunitarios?

Las condiciones actuales de S-E de las comunidades suburbanas nos permiten ver que no se han logrado mejores estados substanciales a pesar de los esfuerzos realizados. Por ejemplo, la Campaña de Planificación Familiar llevada a cabo a nivel nacional en el año de 1976; de alguna manera influyó en los resultados que la campaña se orientara a la población y no que partiera de ella; no fomentó la participación de la comunidad, lo que responde a una política de salud determinada.

La salud de la comunidad está minada predominantemente por padecimientos evitables que se convierten en muertes inútiles, lo que expresa la desigualdad económica, el fracaso de la organización en nuestro sistema de salud, y la inutilidad de los programas de educación para

la salud que se orientan a la comunidad y que no parten de ella.

La salud pertenece a la comunidad y las condiciones de vida deben por tanto ser controladas por ella misma - para lo cual requiere concientizarse de que ella y sólo ella puede solucionar sus problemas de salud e influir en un cambio de política sanitaria.

A partir del análisis científico de las condiciones de S-E con la comunidad puede surgir el planteamiento de - una educación comunitaria para la salud, la participa- ción de la comunidad puede ser vaga si es que ésta con- siste en la mera asistencia a reuniones y no en el con- trol efectivo de los programas de salud, en la defini- ción de políticas de amplios alcances y no en la plani- ficación de acciones cotidianas, puede implicar una sim- ple representación ante los órganos decisorios o una - participación activa en ellos. La orientación de los - programas de educación para la salud propuesta por la - comunidad, de alguna manera es causa y efecto de la -

percepción global que tiene la comunidad sobre sus propias posibilidades políticas de intervención en materia sanitaria². Lo que le da una dimensión profundamente transformadora a la educación para la Salud, que rompe con el aislamiento del enfermo y de su enfermedad y convierte a la comunidad en protagonista de la lucha por la salud.

La salud es un medio en el proceso de concientización y es un valor en sí mismo; por eso la educación para la salud debe estar en estrecha relación con las necesidades sanitarias de la comunidad y en concordancia con las políticas sociales (educacional, del transporte, de la vivienda, alimenticia, etc.); dado que gran parte de las enfermedades tienen un origen social, para combatirlas es necesario estimular la participación de la comunidad.

- 2) LOPEZ, Acuña, D. La Salud Desigual en México. 10

Sería utópico que existiera una atención para la salud socializada, por tanto se debe luchar por la socialización de la sociedad, llevando la acción educativo sanitario político a los sectores marginados.

1.2. TIPO Y FUNDAMENTOS DE LA EDUCACION EN QUE SE INSCRIBE ESTA PRACTICA.

1.2.1. Educación no formal

La educación no formal se refiere a programas que ofrecen experiencias de aprendizaje a la población marginada (específicamente a jóvenes y adultos); difícilmente han podido superar el modelo de información escolar y generalmente abordan problemas de desarrollo de la comunidad, extensión agrícola, concientización, capacitación técnico-vocacional, alfabetización y educación primaria, planificación familiar y otros¹.

1) LA BELLE Thomas. Educación no Formal y Cambio Social en América Latina p. 19

La educación no formal no puede limitarse a resolver problemas del proceso de enseñanza-aprendizaje de quienes participan en ella, tiene que ubicarse en el medio físico y humano y trascender a su contexto social, el cual tiene repercusiones de esta acción educativa.

Se pretende que repercuta de alguna manera en la sociedad y que se refleje en un cambio social, - para Thomas La Belle éste es entendido como: - "(...) una modificación a largo plazo de la conducta del hombre y de la relación entre esa conducta y el medio humano y físico, y, (...) como una modificación de las reglas y estructuras que permiten que se establezca esa nueva o diferente conducta y relación"². Esta noción de cambio social nos es útil cuando pensamos en la ejecución de un programa de educación no formal en nuestras condiciones.

2) Idem.

Existen diferentes tipos de programas de educación no formal, Thomas La Belle los agrupa en cuatro categorías:

- a) Programas que utilizan las escuelas para lograr el compromiso social y la acción dentro de la comunidad y como trasmisoras de aptitudes técnico vocacionales.
- b) Programas de alfabetización y educación básica de adultos, concientización y radio-escuelas.
- c) Programas de extensión cultural y de ayuda agrícola, educación para la salud.
- d) Programas de desarrollo comunitario.

Los programas que aquí vamos a trabajar se refieren a la educación para la salud y trataremos de explicar las causas por las que no han logrado la realización plena de sus objetivos. Por un lado,

la impotencia de esos esfuerzos de cambios micro-social frente al tipo de problemas que pretende solucionar y por otro la forma en que conceptualiza el subdesarrollo dentro de la realidad socio-económico-cultural en México, y que propone para superarlo la introducción de tecnología y capital y no la independización política y económica inherente a la estructura social; aunque los programas de educación no formal se enfrentan a los mismos problemas a pesar de su posición asumida. De hecho, el principal problema que presentan estos programas "(...) es la forma como se conceptualiza el cambio social y el tipo de estrategias adoptadas para lograr los resultados deseados"³.

La mayoría de los programas tratan de cambiar la condición interna o la conducta del hombre y no toma en cuenta las restricciones materiales y estructurales del sistema social, tampoco conside-

3) Ibid. 21

ran lo aprendido con anterioridad por los participantes, lo dan por hecho y en consecuencia no hay cambio social importante, el programa no contempla la destrucción de lo aprendido y la reconstrucción sobre eso con nuevos elementos.

La educación no formal tiene que luchar contra obstáculos estructurales, tecnológicos e ideológicos para poder contribuir a la resolución de los problemas sociales.

Funciones de la Educación No Formal

La participación popular en el proceso de educación puede servir a diferentes propósitos, por ejemplo la movilización de una comunidad puede traer como consecuencia la demanda de ciertos productos o servicios, esto es, la apertura de nuevos mercados de consumidores, si la movilización es orientada en otro sentido puede propiciar la superación de diferencias culturales o servir co-

mo válvula de escape a las presiones en aumento - de ciertos sectores potencialmente explosivos, - también la participación de la comunidad puede - ser una estrategia para la modificación y promoción del cambio estructural en favor de los mismos participantes.

Los programas que se apoyan para su desarrollo - primordialmente en la participación de la comunidad, constituyen una respuesta local y de interjuego con otras modificaciones super estructurales tales como: ampliación de la cobertura de los servicios públicos, educativos, de salud, etc., y presentan cierta posibilidad de mejorar las condiciones de vida de quienes participan en ellos.

Educación No Formal, Formal e Informal

Existen algunas características intrínsecas a cada tipo de proceso educativo, las cuales no se encuentran de manera única o "pura" en los diferen-

tes programas educativos por ejemplo,

"(...) en un programa de cambio microsocial cuya finalidad es organizar cooperativas de consumidores o productores, el modo de educación no formal se limita, por lo general al proceso de ayuda técnica, al papel del agente de cambio o a los productos instructivos utilizados para conseguir nuevas conductas entre los participantes. Por lo tanto la atención se concentra en la instrucción necesaria para conseguir la cooperación de los participantes y en la administración y organización de la cooperativa, sin embargo, siguiendo el proceso - instructivo o de educación no formal, - los participantes actúan en la cooperativa aprendiendo unos de otros, así como por prueba y error asociada a la simple participación. Podemos decir que este último modo es una característica informal de la educación no formal o lo que proviene de la experiencia cotidiana"⁴.

Paulo Freire retoma esta característica de la educación informal, e incorpora en la cotidianeidad un proceso educativo, liberador, en el que persigue el cambio social. La práctica educativa de P. Freire puede ser ubicada en el rubro de educación no formal.

4) Ibid. 45

La educación no formal puede incidir en la educación formal y viceversa, cuando se realizan actividades extracurriculares o cuando en un programa de educación no formal se otorgan diplomas.

Hemos dejado delineadas algunas de las características de estos modos educativos, pero es necesario remarcar la característica central que los diferencia; la educación informal es el proceso por el cual cada persona adquiere conocimientos, habilidades y actitudes, se inicia en el nacimiento, dura toda la vida y es en sí el conjunto de experiencias internas y externas que vive el individuo en la relación consigo mismo y con su ambiente.

La educación formal, incorpora al individuo a un proceso educativo planeado previamente y le otorga constancia de su participación, tiene tiempos fijos para su inicio y su término, en ella existe la instrucción.

La educación no formal incluye también la instrucción, pero se plantea en tiempos flexibles y su organización es distinta, sus métodos de instrucción y sus patrocinadores son diferentes, se desarrolla en donde viven los participantes, intervienen para su desarrollo voluntarios y están destinados generalmente a poblaciones que la educación formal no puede abarcar.⁵

Situación de Trabajo de Educación No Formal

La educación no formal en la década de los años - 50, aportó resultados limitados dado que se avocaba a la solución del problema de calificar mínimamente mano de obra, ésto se hacía desde una perspectiva pedagógica, es decir, no consideraba el contexto económico social, ni la problemática del adulto en la sociedad actual; además surgía esporádicamente en forma de campañas, y no se planea-

5) CALLAWAY. A. Frontiers of out-to-school Education. En La Belle op. cit. 47

ba adecuando los programas al desarrollo y características de cada zona.

La necesidad de calificar mínimamente la mano de obra, surge como consecuencia del proceso de concentración demográfica en las ciudades, producida a su vez por la industrialización, este fenómeno será ampliamente abordado en el capítulo 2 de este trabajo. La población concentrada en las ciudades, principalmente a las orillas de éstas, provenía de áreas rurales y traía consigo un deficiente nivel educativo y de capacitación con respecto al trabajo a desarrollar en la ciudad, ya que sólo conocía el del campo; por tanto esta población requirió servicios educativos, demanda que se pretendió cubrir a partir de programas de alfabetización y educación elemental; sus esfuerzos fueron en vano y la problemática educativa se agudizó.

Esta situación se evidenciaba en los asentamientos urbanos irregulares, manifestándose así un -

aspecto de la marginación en que ha vivido un ba
to sector de la población.

El cambio sufrido por el campesino al dejar el -
campo e incorporarse a la ciudad, le genera un de
sajuste psicológico que trasciende al nivel so- -
cial; se rompen sus patrones de comportamiento y
su esquema de valores, como un mecanismo inicial
de su adaptación a la nueva circunstancia urbana.

Esta situación determina que en la década de los
60 se le de a la educación no formal una orienta-
ción psicopedagógica al centrar la atención en -
las diferentes corrientes psicológicas, en la bús
queda permanente de metodologías y contenidos ade
cuados a las necesidades de capacitación y adapta
ción del mismo y; por otro lado la educación de -
adultos, que correspondía a este modo educativo -
se institucionaliza y pierde su carácter no for-
mal. (Se crea un centro especial para la educa-
ción de adultos).

Ya en la década de los 70 la educación no formal se lleva a cabo generalmente por instituciones privadas o paraestatales y ha tenido una considerable expansión que nos indica la tendencia a la democratización de la educación.

La educación no formal se ha llevado a cabo en tres perspectivas distintas, Ricardo Nassif les llama: conservadora, reformista y transformadora; aunque en su trabajo se refiera a la educación en general.⁶

Concibe a la tendencia conservadora como la que pretende mantener el status quo; a la reformista como aquella que busca una adaptación de los sistemas educativos a su contexto en cambio y la transformadora por su pretensión

"de incertar los procesos educativos en el cambio radical de las estructuras socioeconómicas y políticas e instrumentalos, una vez producida la transforma

6) NASSIF, R. Las tendencias pedagógicas en América Latina (1960-1980) 112.

ción, como uno de los pilares de su con
solidación".⁷

y afirma que:

"Es evidente que las tendencias pedagógicas latinoamericanas en el último medio siglo y mucho más, las propias del período 1960-1980, no pueden ser vistas como absolutamente unívocas, ni encerradas en una clasificación unilateral".⁸

Esta propuesta de identificar las líneas de trabajo como conservadora, reformista y transformadora, no es la única, pues encontramos en el campo específico de la educación no formal la caracterización de Thomas La Belle que no difiere en el sentido de Nassif le da a cada corriente, sino en la nomenclatura y se puede aparejar la corriente reformista propuesta por Nassif con la "desarrollista" propuesta por T. La Belle y la transformadora con la liberacionista y por último la conservadora en ambos autores.

7) Idem.

8) Idem.

El próximo apartado abordaremos más ampliamente - las características de estas líneas de trabajo - dentro de los programas de educación no formal.

1.2.2. Características de los programas de educación no formal.

En el estudio realizado sobre los programas de educación no formal por Thomas La Belle se encuentran identificadas dos vertientes, en las cuales se inscriben las acciones de la educación no formal, éstas son: la liberacionista fundamentada en la tesis de la dependencia Dependencia-Liberación; y la desarrollista que se fundamenta en la tesis de la privación-desarrollo¹.

La liberacionista pretende capacitar al hombre para superar la dominación económica, fundamentalmente ésta se relaciona con una distribución más

1) La BELLE T. Educación no formal y cambio social en América Latina p. 48

equitativa del poder de decisión que lo lleva a controlar el proceso de cambio social en lugar de adaptarse a él.

¿Qué implica ésto dentro de los programas comunitarios?

¿Qué lineamientos didácticos puede plasmar esta pretención?

Hasta ahora una respuesta a estas interrogantes - la constituye la propuesta, de Paulo Freire, que nos permite contemplar una alternativa dentro de la educación hacia la dependencia, ésto se manifiesta en todas las categorías de análisis en que basa su práctica educativa por ejemplo; la conscientización; que es la reflexión-acción-transformación de las personas sobre su realidad y en base a ésto que la sociedad y su estructura económica se transforman, transformándose mutuamente.

En este mismo sentido existen otras propuestas - que contemplan como piedra angular de su actividad pedagógica la concientización, tales como la Investigación Participativa y la Animación rural.

Un problema derivado de la práctica de este enfoque es que los individuos que participan en este proceso, están preparados para una "revolución inminente", pero a corto plazo desconocen como trabajar con sentido comunitario para mejorar sus condiciones, debido a ésto, se le ha dado salida a través de la creación de organizaciones sociales autodirigidas².

En oposición a este enfoque se encuentra la tesis desarrollista que plantea programas con contenidos orientados a problemas inmediatos de la comunidad como pueden ser la salud, la capacitación - laboral, etc.

2) Ibid. 52

A diferencia de los liberacionistas, éstas parten de modelar la conducta de los participantes con base a objetivos que consideran adecuados para ellos y para la nación.

El siguiente esquema servirá para comparar las dos vertientes en que se inscriben los diferentes programas de educación no formal.³

	Liberacionistas	Desarrollistas
	La formación de cooperativas y asociaciones de marginados y pobres significan:	
<u>Estruc</u>	Establecimiento de sistema de consumo y producción auto-	Participación efectiva en el mercado capitalista nacio-
<u>tura</u>	suficiente al mar-	nal e internacional.
<u>Social</u>	gen de influencias capitalistas.	

3) Ibid. 54 - 57

Tecnología	Preconizan el uso intensivo de mano de obra.	Apoyan la tecnología de uso intensivo de capital.
Motivación e Información.	Se inclinan por las técnicas de concientización basadas sobre un mayor respeto por el individuo, por sus conocimientos y actividades.	Parten del supuesto de que los marginados no están motivadas, son fatalistas y tradicionalistas y que sus actitudes deben ser cambiadas.
Proyecto.	Proveer experiencias que permitan a los campesinos y pobres de las ciudades hacer un diagnóstico de su realidad y actuar sobre ella según	Integrar al habitante marginal a las instituciones políticas y económicas nacionales modelar la conducta de los participantes sobre lo que ellos creen

su iniciativa. son objetivos adecuados para los marginales y para la nación.

Consideran La autonomía y la participación popular de la población en sus programas. (Retoman la jerga liberacionista).

en sus lar de la población en lá que acumás. túan.

Las estructuras sociales económicas y políticas y ponen en tela de juicio la orientación capitalista.

De lo anterior podemos delucidar las motivaciones implícitas de los programas... si además consideramos que los programas desarrollistas son los que más apoyo económico han recibido por par-

te de agencias nacionales e internacionales tales como en la A.I.D. (Agencia Internacional para el desarrollo)⁴. Lo anteriormente descrito presenta las bases ideológicas que sustentan a los programas de educación no formal.

Otras categorías de utilidad para la caracterización de los programas de educación no formal que no han sido tratados ampliamente es por un lado - la noción de "sub-desarrollo", tesis de los desarrollistas y por otra, la tesis liberacionista - con la noción de "dependencia".

La tesis desarrollista concibe al sub-desarrollo como un estudio previo para llegar al desarrollo, por un camino lineal, el desarrollo de los países centrales como meta a alcanzar, a esta noción van aunadas otras que pretenden llevar a los países periféricos al desarrollo, vía la modernización, racionalidad y tecnificación de la sociedad.

4) Ibid. 57

"El desarrollismo trabaja exclusivamente en función de un único estilo de desarrollo social y desarrollo, - educativo, prescindiendo de otros posibles construidos desde formas más amplias de participación en las decisiones, y en la misma planificación del desenvolvimiento de las sociedades y de su educación".⁵

Los desarrollistas explican que es por ello que la sociedad avanza en la medida que se tecnifica, para lo cual tiene una educación acorde y será más eficiente y responderá a las necesidades de una - sociedad competitiva en la medida que se tecnifique, pues así podrá proveerla de recursos humanos formados para vivir cierto tipo de "desarrollo", - el cual es asumido implícitamente por la tecnología educativa, (línea educativa en que se apoya).

Se entiende aquí por tecnología educativa al:

"Conjunto de procedimientos o métodos, técnicas, instrumentos y medios derivados del conocimiento, organizado sig

5) NASSIF, Ricardo. Op. cit. 91

temáticamente en un proceso, para ob-
tener productos o resultados educati-
vos, de manera eficaz y repetible".⁶

La difusión que la tecnología educativa ha tenido en América Latina es enorme ya que se ve a la educación como un elemento auxiliar en la modernización de los países periféricos que requieren de una educación igualmente "moderna", para lo cual se utilizan los instrumentos más sofisticados, y se dejan de lado las cuestiones educativas de fondo.

De igual modo que se presenta el desarrollo social como un modelo o meta a alcanzar por todas las naciones, también se presenta a la tecnología educativa, a la cual se le adjudica validéz universal científicidad y neutralidad a priori.

La tecnología educativa en los programas de educación no formal, se incerta como un elemento "neu-

6) Comisión de Tec. Educativa. Congreso Nal. de Inv. Educ. Documento base Vol. I, México p. 479-480.

tral" que sólo pretende optimizar el proceso de enseñanza aprendizaje. Pero ¿de dónde proviene la tecnología educativa?; la tecnología educativa surge en Estados Unidos en los años 20, cuando se acelera el proceso de industrialización y se busca la optimización de los recursos materiales y humanos en la producción, paralelamente en la educación se busca la máxima eficiencia en la formación de los recursos humanos que requería la sociedad y se comienza a percibir la educación como un sistema; se construye un cuerpo de conocimientos que fundamenta esta idea con conceptos provenientes de áreas como: teoría de la comunicación, psicología conductista, teoría de sistemas, etc.

La tecnología educativa fundamentada en esas áreas tiene limitaciones serias en cuanto a la formación de sujetos críticos y activos ante su realidad, de hecho no plantea estos propósitos para la acción educativa, sino busca la adapta-

ción de los sujetos a su realidad y que éstos sean funcionales a la sociedad de la que forman parte.⁷

Trabajar con esta línea en los programas de educación no formal nos inscribiría en la tendencia desarrollista, con las limitaciones conceptuales y materiales que ésta tiene; y pretender inscribirnos en la línea liberacionista nos abre posibilidades de incidir transformadoramente en la realidad a partir de la educación, sólo que en ella predominan las experiencias de alfabetización y en el área de educación para la salud son casi nulas, de ahí nuestro interés en elaborar una propuesta que busque establecer los lineamientos para una metodología de la educación para la salud en la comunidad, que se apoye en conocimientos provenientes de diferentes áreas y que se conforme como un todo coherente que sea una alternativa didáctica a la propuesta de la tecnología educativa.

7) Véase Nota 1

Incluimos en los anexos tres experiencias de educación para la salud; la primera fue llevada a cabo en México, se trata de un programa a nivel nacional, esta experiencia se inscribe en la línea desarrollista; la segunda experiencia se refiere a un programa de educación para la salud bucal en Pernambuco, Brasil, esta experiencia se incluye - aquí dado que en ella se percibe la carencia de lineamientos didácticos con que se desarrollo el programa y que finalmente lleva a reducir el programa de educación para la salud en un programa de asistencia; y la tercera experiencia que fue llevada a cabo en Chiapas, México, en una comunidad rural, su enfoque y metodología la inscriben en la línea liberacionista.

Los problemas se superponen, se exasperan: destino de una tierra marcada por la Historia, las tradiciones campesinas, los campesinos mismos. La industrialización se apodera de regiones hasta entonces olvidadas. La urbanización cuya importancia crece sin cesar, transforma cuanto existía anteriormente.

Henri Lefebvre
De lo rural a lo urbano

2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COMUNIDAD

2.1. Síntesis de los Antecedentes Históricos de las - Comunidades Suburbanas de México

El proceso que constituye el antecedente histórico de - las comunidades suburbanas es inmenso, nos lleva a estudiar el pasado de nuestro país que se concreta en el - presente, pero ~~dados los alcances~~ de este trabajo sólo retomaremos a detalle la última parte de ese proceso, - finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, es decir, del período de gobierno del General Porfirio Díaz a nuestros días.

Se elige como punto de partida ese período dado que culminó con un movimiento armado muy importante para la vida del país y tiene consecuencias políticas, sociales, económicas y culturales muy importantes que siguen afectando la vida del país hasta nuestros días, dicho movimiento no será tratado extensamente en este trabajo, sólo se tocarán los aspectos básicos para la comprensión

de las características determinadas históricamente de las comunidades suburbanas de la Ciudad de México.

Fue el latifundismo (Forma atrasada de la penetración capitalista en el campo)¹, una característica fundamental de la organización económica de ese período, consecuencia del despojo de tierras comunales a pueblos enteros cuyos habitantes quedaban convertidos en peones de las que antes eran sus tierras, despojo legitimado en las leyes de desamortización de los bienes del clero (1859, Benito Juárez) y aplicadas en el gobierno de Porfirio Díaz que inicia en el año de 1876.

Al ser despojado de sus tierras los campesinos comunales sólo poseían su fuerza de trabajo y se vían obligados a trabajar para los grandes propietarios no sin antes haberse sucedido masacres espantosas y revueltas violentas; así quedaban convertidos en jornaleros y muchas veces en esclavos (los yaquis fueron deportados

1) GILLY, A. La Revolución Interrumpida. 10

por familias enteras a las plantaciones de tabaco del Valle Nacional y henequeneros de Yucatán donde sufrían brutal explotación, prácticamente condenados a muerte)². Recibían generalmente el pago de su salario en especie, padecían castigos corporales, arbitrariedades del patrón y sus dependientes, aún no se organizaban para enfrentarse a esas formas iniciales del capitalismo.

Un rasgo importante a destacar de ese período, fue la construcción de la red ferroviaria que alcanzó casi su magnitud actual al final del gobierno de Porfirio Díaz dado que entre otras cosas, por esa vía se reducía el tiempo de viaje de las tropas represivas del gobierno porfirista, a los puntos de sublevación, ese mismo medio que más tarde se convirtió en la principal línea de la revolución.

El desarrollo del capitalismo en el porfiriato estuvo lleno de huelgas en fábricas textiles, en ferrocarriles

2) Ibid. 11

y en cigarreras principalmente, no obstante existía una paz aparente establecida "por decreto", pues la ley - prohibía las organizaciones sindicales y las huelgas.

El estado de la economía mexicana (1910) era del 23% de capital mexicano contra 77% de capital extranjero principalmente por las inversiones en ferrocarriles³, siendo en su mayoría (44%) capital norteamericano, lo que - prueba que México ha sido la base de la expansión y colonización norteamericana.

En México, no penetró el capitalismo al campo, fue superficial y no pudo construir una estructura social y - económica capitalista, que terminara con la anterior estructura agraria comunal.

En la vida social, han existido contradicciones entre - campesinos y hacendados, los campesinos respondieron y responden a éstas mediante una organización tradicional;

3) Ibid. 23

la defensa de sus tierras, de sus relaciones sociales - comunales, ésto se manifestó sobre todo en el centro - del país durante el período revolucionario de 1910-1920, territorio que fue el centro político campesino, de donde surgió el dirigente Emiliano Zapata; y esta organización tradicional sigue vigente aunque desvirtuada por - organismos gubernamentales (CNC).

En esencia el movimiento revolucionario fue anticapitalista, aunque haya sido precisamente la tendencia capitalista del movimiento la que tomó el poder estatal finalmente; decimos que fue anticapitalista dado que defendía la forma de organización económica y social comunales precapitalistas que de alguna manera son el antecedente de la organización económica y social colectiva del estado proletario y campesino del socialismo.⁴

Uno de los efectos inmediatos de la destrucción del sistema de hacienda tras la reforma agraria producto de la

4) Ibid. 32

revolución de 1910, fue la migración de los campesinos desposeídos hasta los centros más urbanizados; algunos de esos migrantes se absorben como mano de obra barata para la industria y se convierten en consumidores de productos industriales, o sea en el mercado que necesita el sector industrial, pero la mayoría de los migrantes no logran penetrar al proceso productivo y quedan al margen de él.

El campo se convierte en proveedor de alimentos para esta población en constante crecimiento y de materias primas para la industria en expansión, dado que es en ella donde predomina la inversión capitalista, lo que exige a su vez aumento en las exportaciones de productos agrícolas para financiar la importación de productos industriales.

Desde el período presidencial de Alvaro Obregón comenzó el reparto de tierras a los campesinos para evitar el descontento sobre todo en la zona N del país, no obstante el proceso de industrialización ha constituido la -

prioridad de muchos gobiernos,

"... lo que implicó un patrón de inversión pública que causó el deterioro del ingreso real en el sector rural".⁵

En la década de los treinta la manufactura constituyó la actividad más importante de la economía mexicana, la producción de todo tipo aumentó y con esto las condiciones de vida en la ciudad fueron más atractivas.

Mientras que las políticas agrícolas de los diferentes gobiernos se encaminaron a apoyar las zonas de mayor producción (N del país) y las zonas de "agricultura de subsistencia"⁶ como por ejemplo Oaxaca, han carecido de apoyo técnico y financiero, lo que explica en parte por qué Oaxaca es el estado que arroja mayor cantidad de migrantes a la ciudad de México.

- 5) MONTAÑO J. Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos 27.
- 6) Véase Glosario

El presidente Plutarco Elías Calles (1924-1928) continúa con el reparto de tierras lo que tuvo efectos importantes en la reducción del éxodo de campesinos a las ciudades, a la de México principalmente, sin embargo su política económica estuvo encaminada en este período a la construcción de obras de infraestructura.

En este período se funda el Banco de Crédito Agrícola para apoyar el programa agrícola.

Cuando el presidente Lázaro Cárdenas asume la presidencia en 1934 recibe un impulso real el programa de reforma agraria y crea el Banco Nacional de Crédito Ejidal.

La idea central de Cárdenas fue llevar la industria al campo para así evitar los peligros de la industrialización urbana y obtener sus beneficios; las siguientes administraciones dan otro giro y ya para 1960 se da un proceso de reconcentración de tierras de propiedad privada, minifundios y unidades de agricultura que son muy pequeñas y por tanto incapaces de proveer de un ingreso

satisfactorio a la familia campesina promedio.

Ya en la década de los 40's Manuel Avila Camacho, da un giro total a la reforma agraria, la deja suspendida y - encamina sus fuerzas hacia la manufactura y el comercio, ésto continúa con el gobierno de Miguel Alemán, el cual favorece el fortalecimiento e incremento de industrias sobre todo extranjeras en el territorio nacional, al imponer restricciones a la importación, estas medidas favorecen sobre todo a los sectores que dependen de la expansión tanto interna como externa del comercio.

Todos los esfuerzos realizados para dar auge a la industrialización se reflejaban ya en el éxito de la industria en los años 60's, el crecimiento industrial había causado un crecimiento desigual, el área rural estaba - empobrecida, lo que constituyó una causa de migración - interna. Aunque el crecimiento de la ciudad de México no sólo se debió a la corriente migratoria sino también como efecto del alto índice de natalidad y la disminución de la tasa de mortalidad urbana con respecto a la rural.

Desde 1940 con el gobierno de Lázaro Cárdenas hasta - 1978 con José López Portillo se ha dado auge a los siguientes sectores productivos: alimentos, petróleo, bancario, minero, mecánico, farmacéuticos, editorial, turístico, agrícola, aeronáutico, automotriz, papelerero, eléctrico, comercial, electrónico y de comunicaciones, con lo cual México ha cambiado sus funciones de país - agroexportador a un país de inversiones directas en finanzas, bancos e industrias ya que ésto resulta más rentable.⁷

Con ésto nos percatamos de que el desarrollo de la agricultura ha obedecido a intereses comerciales y no a la demanda de la población en primera instancia.

La explotación de la tierra como un cultivo de subsistencia provee de recursos económicos insuficientes, de ahí que permanezcan ociosos la mayor parte del año, en 1950 los campesinos (ejidatarios, minifundistas y jornaleros) trabajaban un promedio de 190 a 200 días al año,

7) MATA, B. Un modelo alternativo... 12 - 15

mientras que en 1960 se habían reducido entre 100-120 y ya para 1970 tan sólo laboraban entre 60 - 70 días al año.⁸

Para 1960 la ciudad de México concentraba el 27% del capital en industrias públicas y privadas, el 16% era captado por el Estado de México, así el 43% del capital se acumulaba en la zona metropolitana y el resto en las demás zonas del país, una distribución desigual. Esto ofrecía posibilidades de empleo y de mejoramiento de las condiciones de vida.⁹

La nueva reforma agraria (1971) pretende detener el deterioro de las condiciones de vida en el campo dando cabida a las demandas de los campesinos y de las clases dominantes rurales, la respuesta que se ha tenido a ésta es el surgimiento del neolatifundismo.

8) MONTAÑO. op. cit. 18

9) Ibid. 32

"... el capital monopoliza la tierra, agua y otros recursos en beneficio de los terratenientes, contribuyendo al empobrecimiento de las áreas rurales, al convertirse los usufructuarios en asalariados de su propia tierra..."

lo que sucede cuando rentan el ejido, la cual constitucionalmente es una "propiedad inalienable".¹⁰

La situación económica actual es producto de un largo - proceso histórico que se desencadenó.

"... en la época del predominio del capital mercantil o comercial de 1521 - 1810; se confirmó en la etapa del - capitalismo industrial de libre competencia (1821 - 1910) y mediante grandes inversiones directas de capital - (1917 - 1980)..."¹¹.

A este respecto Bernardino Mata concluye que:

10) Ibid. 22

11) MATA, B. Op. cit. 10

"... el capital dominó la industria del país en un 94.7%; del cual corresponde un 48.6% al capital privado nacional, un 46.1% al capital transnacional y un 5.3% al capital estatal. Esto nos induce a pensar que la burguesía industrial nacional; en alianza con la burguesía internacional, por el control que ejercen de la economía mediante su participación directa en el sector productivo industrial, definen, orientan, e imponen a toda la población del país¹², a través de sus representantes en el gobierno (Estado), el modo y la forma de producción, de distribución y de consumo, de los bienes y servicios que produce la clase trabajadora"¹³.

Lo que se hace evidente en la situación de los jornaleros; el estrato más bajo de la población de México, viven sin seguridad social, sin asistencia médica, sin vivienda adecuada, no tienen acceso a la educación, sus ingresos de subsistencia muy inferiores a los que marca la ley como salarios mínimos, no tienen seguridad en el

12) Subrayados nuestros.

13) MATA. B. Op. cit 11

empleo. Ellos constituyen el grueso de los migrantes a las ciudades y a los Estados Unidos para obtener empleo ya sea legal o ilegal.

La mayoría de los migrantes, provenientes de áreas rurales se ubican en las orillas de las grandes ciudades - (Guadalajara, Monterrey, México) y se emplean en los - trabajos más inferiores de la escala ocupacional, no - obstante sus pésimas condiciones de vida, las consideran superiores a las que tenían en el campo, pues vivían de la agricultura de subsistencia a merced de las inclemencias de la naturaleza.

La migración es una alternativa para la situación desesperada de los campesinos, de ahí que sea una válvula de seguridad poderosa; no obstante el minifundio de subsistencia contribuye mínimamente a mantener a la población en su lugar de origen.

A pesar de los setenta años de revolución, la agricultura de subsistencia sigue jugando el importante papel de

proveedora de mano de obra barata para las ciudades y favoreciendo la acumulación de capital a costa de su pobreza por medio de salarios bajos y materias primas baratas.

2.2. Características Económicas, Sociales, Políticas, Psicológicas, Culturales y Ambientales de la Comunidad "La Rosita" en Cuajimalpa, D.F.

Para obtener información suficiente sobre esta comunidad fue necesario visitarla y establecer contacto con personas que habían desarrollado trabajos con ella. Para llevar a cabo este trabajo de campo seguimos la Guía de Trabajos Prácticos de Desarrollo Comunitario del profesor Carlos Marquis (mimeógrafo, 1981) Col. de Pedagogía UNAM.

Se llevó a cabo en tres etapas: 1a.- Visitas a la Comunidad; 2a.- Entrevistas con líderes formales; 3a. Entrevistas con 1 o 2 familias.

La primera etapa pretendió cubrir los siguientes objetivos: describir aspecto externo de la comunidad visitada y elaborar algunas ideas sobre la comunidad que más tarde de tratamos de confirmar o desconfirmar. En cuanto a la descripción de la comunidad se atendió a los siguientes aspectos: ubicación, tamaño, medios de transporte, materiales con que son contruidas las viviendas, su aspecto externo, propaganda, pintas, etc.; los servicios que posee o carece (infraestructura) agua, electricidad, drenaje, etc.; ocupación probable de la población, edad, lugares de trabajo cercanos, instituciones dentro de la comunidad o zonas aledañas (escuelas, servicios médicos, Iglesias, lugares de recreación, partidos políticos, - asistenciales, etc.)

En la segunda etapa, entrevista con líderes formales, - pretendemos relacionarnos con líderes formales de la comunidad para obtener información con respecto a la historia de la comunidad, origen, situación actual y expectativas; esta información nos permitió confirmar o des-

confirmar las ideas que en la primera etapa fueron elaboradas con respecto a la comunidad. Y pudimos desarrollar un análisis de la situación de "La Rosita", y vislumbrar la existencia de grupos, alianzas, oposiciones y contradicciones internas; específicamente nos interesó conocer: principales problemas que tuvieron y/o tienen, la tenencia de terrenos, eficiencia de los servicios que poseen, ocupación de los pobladores, escolaridad, costumbres alimenticias, de salud, tipo de relación con las autoridades (policía, dependencias públicas) tipo de recreaciones, uso de tiempo libre, problemas de delincuencia, drogadicción, alcoholismo, prostitución, etc.

La tercera etapa, visita a una o dos familias de la comunidad, lo que nos permitió contrastar la información obtenida en las etapas primera y segunda, llegar a algunas conclusiones y proponer la profundización en la investigación específicamente a la problemática de salud en dicha comunidad que más tarde nos permitirá proponer

un programa de educación para la salud.

Para el estudio de la problemática de Salud en la Comunidad utilizaremos como fuentes los documentos elaborados por el grupo de médicos que asisten a la comunidad desde 1974, año en que inició sus actividades el Programa de Medicina General Integral.

Descripción del Aspecto Exterior de la Comunidad "La Rosita".

La comunidad "La Rosita" pertenece a la delegación Cuajimalpa de Morelos y colinda con la delegación Alvaro Obregón. Se encuentra rodeada por las colonias Santa Rosa, Santa Fé, Contadero, Cruz Manca, Lomas de Ocote y Memetla y está distribuida en forma longitudinal siguiendo la vía del tren que antiguamente pasaba por ahí, - aproximadamente ocupa 3 kilómetros.

Se encuentra construida en lo alto de dos barrancas, como ya mencionamos es una larga calle angosta, de un lado están construidas las casas y del otro hay algunas

casas y una barda protectora con algunos tramos destruidos (muy peligrosos por haber voladeros).

Las barrancas han sido producidas por la explotación de minas de arena sobre las cuales están construidas las casas, estas minas aún trabajan para obtener este material de construcción.

La atmósfera está saturada de polvo que se levanta por el paso continuo de los camiones acarreadores de material.

En la parte alta del lado de la acera que es la barda, hay una carretera o avenida (Calle Arteaga y Salazar) - por donde se tiene acceso al transporte colectivo urbano, autobuses y taxis de servicio colectivo.

Existen dos paradas, al inicio y al final de la comunidad, la parada de Cruz Manca y la de La Rosita. En un extremo de la comunidad hay una salida hasta Calle Arteaga y Salazar (parada Cruz Manca) hay un teléfono público, dicho camino es asfaltado pero en malas condicio

nes por el paso constante de los camiones que transportan arena; la calle de la comunidad no está asfaltada.

El material con que están construidas las casas es variado, hay casas hechas a base de lámina y techos de cartón, y hay también construcciones en tabicón, adobe y ladrillo, aunque se puede decir que son mixtas, la mayoría tiene techo de lámina, cartón o fibra de vidrio.

Casi en todas las fachadas hay plantas (manzanilla, yerbabuena) que siembran y cuidan los habitantes de las viviendas. Todas las viviendas tienen ventanas con cortinas, las ventanas son de madera y algunas de metal. - También pudimos apreciar que las casas tienen piso de cemento, pocas tienen mosaico, piso de madera y más frecuentemente piso de tierra.

Hay fachadas mejor arregladas que otras, muchas sostienen cuerdas donde tienden su ropa para secarla.

La comunidad no cuenta con drenaje, algunas casas tienen tubos que desaguan en un canal abierto en la parte

posterior de la comunidad y que desemboca en las minas, quedando las aguas negras estancadas, que despiden mal olor y que generan y alojan fauna nociva (moscas y ratas).

Cuenta la comunidad con luz eléctrica (alumbrado público) cada 25 metros, hay algunas instalaciones eléctricas en muchas casas - habitación.

La gente de la comunidad convive con animales domésticos, observamos pollos, gatos, guajolotes, perros, cerdos.

Como indicamos antes, cerca de los límites de la comunidad se siguen explotando minas de arena para lo cual - hay instalada maquinaria e infraestructura para el trabajo (existen 6 minas) y suponemos que habitantes de "La Rosita" trabajan ahí, otros pensamos que posiblemente sean obreros, albañiles y trabajadoras domésticas.

Junto a una casa está establecida una carnicería. Hay además una tortillería, tres tendajones, puestos de -

antojitos y algunos puestos ambulantes con fruta. En la comunidad no existen oficinas de correos, ni telégrafo; para abastecerse de agua potable tienen que acarrear la a sus domicilios en cubetas y botes, desde las tomas públicas y de las llaves de los tres lavaderos comunales y la almacenan en tambos metálicos, algunos de ellos, viejos, oxidados y sin cubierta.

Dentro de la Rosita sólo hay un centro cívico; las escuelas primarias se encuentran al final de la comunidad y algunos niños van a otra (la más cercana está en el Contadero) teniendo que utilizar autobú.

Un médico da servicio en el Centro Cívico, fuera de la comunidad a pocos metros hay un dispensario. Las personas que requieren servicio médico lo solicitan en el Centro de Salud de Cuajimalpa.

A la comunidad entran carros repartidores que surten las tiendas de artículos como: dulces, refrescos, etc.

Frente a la comunidad, cruzando la calle hay una Iglesia Católica, casi siempre está cerrada. El sacerdote asiste solamente martes y domingos, su domicilio no está cerca ni de la comunidad ni de la iglesia.

No existen dentro de la comunidad ni cerca de ésta centros de recreación, ni parques. Los niños juegan en la calle, frente a las casas, los jóvenes se recrean en campos de fútbol en sitios vecinos.

Existe escasa vegetación en la parte trasera de las casas y se encuentran magueyes, plantas silvestres, arbustos y pasto.

Los desechos y basuras son arrojados a los barrancos vecinos a las minas. Se observa también fecalismo al aire libre.

Historia de la Comunidad

Origen, Situación Actual y Expectativas.

La comunidad "La Rosita" tiene aproximadamente 35 años de existencia. Se empezó a formar entre 1940 - 1948, con la llegada de los trabajadores de las minas arenosas procedentes principalmente de Tlalpujahua, pueblo situado en el estado de Michoacán, y de otros estados como Morelos, Guanajuato y Guerrero. Llegaron con ofrecimiento de empleo por parte de los dueños de las minas y comenzaron a establecer sus viviendas a las orillas de la vía del ferrocarril que antiguamente pasaba por lo que ahora es "La Rosita" (comunicaba "La Venta" con "Tacubaya").

Con el fin de no perder su empleo faltando constantemente al trabajo (por visitar a sus familiares), los trabajadores fueron trayendo con ellos a sus familiares. Los dueños de las minas les facilitaron que se establecieran ahí, en un principio vivían en las cuevas que eran producidas por la misma explotación de las minas y simultáneamente fueron construyendo sus casas de adobe, piedra y material de desecho.

Entre los años de 1954 - 1958, se introdujo a las minas maquinaria que facilitaba la excavación minera y desplazaba a los trabajadores ya que al mecanizarse el trabajo, la mano de obra se fue necesitando menos.

Un problema que aquejaba a los pobladores en ese tiempo era la existencia de derrumbes que ocasionaban muchas muertes que no eran notificadas a las autoridades para evitar comprometerse a pagar una indemnización.

Otro problema de aquel tiempo y que aún prevalece en temporada de lluvias, es la humedad en las casas que provoca derrumbes y enfermedades a los habitantes de las casas más pobremente construidas.

Los primeros pobladores sufrieron otra clase de problemas además de los ya mencionados, nos referimos a los problemas laborales dentro de las minas, ejemplo de éstos es que no tenían derecho a salario en caso de incapacidad por enfermedad y no daban indemnización a sus deudos en caso de muerte, aún cuando ésta fuera ocasio-

nada por las malas condiciones en que se laboraba. Por otro lado, su jornada de trabajo era de 16 a 18 horas diarias y su salario no llegaba a lo que correspondía como mínimo, no tenían garantías ni seguridad en el trabajo.

En cuanto a servicios, carecían de ellos, no contaban siquiera con el de agua, ya que ésta les era vendida a elevados precios.

La situación que se describe es muy similar a la actual, no obstante ha habido cambios en el área laboral, por la legislación que se practica en las empresas, la jornada se ha reducido y el salario se ha elevado al mínimo.

Hay unión entre los habitantes de "La Rosita", aunque existen bloques en lo que a competencias deportivas se refiere, como son los equipos de fútbol, que han ocasionado peleas callejeras entre los miembros de estos equipos. Cuando los ataques son contra equipos de otras co

comunidades las consecuencias de las peleas han llegado a ser muy graves.

Algunas veces se unen todos los vecinos para llevar a cabo asambleas que son convocadas por el líder, Sr. Esquivel. En ellas tratan asuntos que atañen a cada uno de los miembros de la comunidad, se da información de las posibles visitas de personas ajenas a la comunidad y los fines de tales visitas; los sucesos que se llevarán a cabo en el Centro Cívico de la comunidad, y otros asuntos tales como pedirles apoyo para campañas electorales, visitas de diputados quienes llegan a tomar acuerdos respecto a las demandas de los habitantes de la comunidad (por ejemplo cambio de algún profesor en la escuela, problemas con la tenencia de la tierra, y otros que mencionaremos más adelante).

Una situación que prevalece en la comunidad es la "demanda de desalojo" emplazada por el gobierno federal en el año de 1980, el terreno donde está asentada la comunidad es propiedad federal y como mencionamos arriba,

es terreno apto para ser explotado y es poco seguro para construir cualquier tipo de vivienda, a pesar de que el terreno es propiedad federal, algunos vecinos tienen títulos de propiedad de los cuales ignoramos su procedencia.

En cuanto a la organización interna de la comunidad, ésta se da por iniciativa de la delegación de Cuajimalpa y consiste en comités de manzana (siendo ocho en toda la comunidad). Cada comité consta de cinco integrantes, los que son elegidos por consenso. El secretario de los representantes es el Sr. Domingo Pérez quién asume simultáneamente el cargo de tesorero.

Sobre la ocupación de los vecinos, se nos informó que una proporción de la población está integrada al trabajo de las minas, otra porción es obrera en fábricas, así como operadores y de carga y transporte colectivo, algunos se dedican a recoger basura (pepenadores), este último trabajo es compartido por hombres y mujeres, las mujeres también se emplean como trabajadoras domésticas.

La comunidad se organiza para actividades de conservación y compostura de los servicios públicos con que cuentan y también para obras de beneficio para la comunidad por ejemplo; la construcción de la escuela primaria y el jardín de niños. Los colonos aportaron la mano de obra y algunos fondos para la realización de estas obras, y la delegación aportó material.

La comunidad enfrenta además un problema educativo grave, el rechazo a las escuelas secundarias que sufren los jóvenes y que se explican en función de la ineficiencia de los profesores de la escuela primaria.

El Sr. Esquivel, líder formal de la comunidad, mantiene una estrecha relación con las autoridades de la delegación de Cuajimalpa, de tal manera que no necesitan permisos para levantar construcciones, reparar servicios públicos o bien, organizar eventos en la vía pública.

Los pobladores de "La Rosita" se abastecen en los mercados de las zonas aledañas, y éstos son: Santa Fé, Car-

tagena, Tacubaya y Cuajimalpa.

Con respecto a la vigilancia se puede decir que es nula.

Existe dentro de la comunidad una casa donde se vende pulque, de habitual consumo entre los habitantes de la comunidad y desde temprana edad. Esto, constituye una forma de pasar el tiempo de descanso, bebiendo además de pulque, cerveza.

El futbol, es otra actividad recreativa para los colonos de "La Rosita" tanto en equipos patrocinados por los dueños de las minas como por equipos espontáneos en la calle.

Constituye otra diversión el ver televisión y escuchar la radio y una más, el organizar fiestas particulares.

La comunidad acostumbra peregrinar a Chalma y en ocasiones a Zacatecas.

Prostitución no existe dentro de la comunidad, drogadicción y alcoholismo sí, pero ésto será tratado más am-

pliamente en 2.3 Problemática de Salud de la Comunidad.

Las expectativas sobre cómo se pretende solucionar la situación ilegal de la comunidad, es optimista; pues piensan que el Gobierno Federal va a trasladarlos a otra colonia en donde se asegurarán sus títulos de propiedad.

Analizando la precedente información se encuentran contradicciones profundas, tales como: la humanitarista actitud de los patrones de las minas hacia los trabajadores, cuando les patrocinan actividades de esparcimiento por un lado y por otro, a juzgar por la situación de la comunidad (ilegalidad, pésimas condiciones de vida), la baja remuneración salarial, además, es probable que se quiera desalojar a la comunidad para seguir explotando el terreno arenoso donde se encuentra asentada.

Por otra parte, se afirma la organización de la comunidad y sin embargo algunos habitantes no están conformes con las disposiciones tomadas por los comités de manzana.

Aunque quizá, no se indicó nítidamente una división entre los miembros de la comunidad, se detecta que se han formado varios equipos que se manifiestan en las actividades deportivas (fútbol) ya que los equipos están registrados en diferentes ligas delegacionales, lo que provoca peleas callejeras que son verdaderos tumultos y como consecuencia hay desacuerdo en otros aspectos como es la participación en obras de beneficio colectivo por parte de unos y la no participación de otros.

Por último, se puede apreciar que las condiciones de vida de la comunidad propician enfermedades tales como alcoholismo y drogadicción.

"Doña Rosa ha muerto y no sólo de cáncer, murió también de hambre, de abandono, de discriminación; murió de médico, de hospital, de sistema de salud.

Doña Rosa indudablemente murió de sociedad".

Carlos Vivanco Eguiluz
Uno más Uno

2.3 Problemática de Salud y Educación para la Salud - en "La Rosita".

Para poder hacer inferencias fidedignas que apoyen la propuesta de programa de educación para la salud en la comunidad La Rosita es necesario elaborar un estudio - que si bien no puede ser riguroso en términos sociológicos y antropológicos, cubre los requisitos mínimos de validez y confiabilidad en los datos y su análisis para los propósitos de este trabajo.

Pretender hacer un estudio formal del estado de salud - enfermedad de la comunidad rebasa los límites de lo propuesto.

Generalmente los trabajos encaminados a determinar los niveles de salud de la población toman en cuenta a las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, de las - cuales hacen inferencias sobre muchos aspectos de la - salud general de la población pero muy poco nos manifiestan acerca de los riesgos de incapacidad, enfer-

medad y muerte y de las condiciones de estas etapas del proceso de salud-enfermedad colectiva de la comunidad - marginada "La Rosita" es decir, su función es descriptiva y no explicativa, y lo que se requiere es entender - dicho proceso y modificar los condicionantes, por ejemplo:

"El nivel de mortalidad infantil es, efectivamente, proporcional al nivel de las condiciones culturales, sociales y económicas del ambiente en que va a encontrarse el recién nacido. - Para su sobrevivencia son factores decisivos el pueblo, la religión, la ciudad (el campo) el barrio al que pertenece su familia, la profesión - del padre, la actividad y cultura de la madre, la alimentación, la higiene y la asistencia sanitaria específica son factores determinantes respecto de la mortalidad infantil, como manifestación de las mencionadas condiciones sociales y económicas"¹.

El tratar de caracterizar las condiciones de salud-enfermedad de la comunidad es una tarea compleja que nos hace traer a la luz nuestro concepto de salud-enfermedad para que con base en éste analizamos las condiciones existenciales de la comunidad descritas anteriormente

1) TIMIO M. Op. cit. 41

en el apartado 2.2: de esta actividad obtendremos algunos lineamientos que retomaremos en el momento de elaborar la propuesta del programa de educación para la salud de dicha comunidad en el próximo capítulo.

Como se manifestó en el primer capítulo de este trabajo concebimos a la salud-enfermedad como

"un continuum que se manifiesta simultáneamente como la unidad de los contrarios, en el sentido de que un aspecto o elemento no puede existir sin el otro. (...) La salud y la enfermedad conforman un dinámico proceso bio-psico-social, que está determinado fundamentalmente por la estructura económica y las relaciones sociales. Así en función de la posición en el proceso productivo varían los riesgos de muerte, enfermedad e incapacidad"².

Son muchos los aspectos que intervienen en la determinación del proceso salud-enfermedad por lo tanto vemos necesario recuperarlos en el presente análisis" (...) lo que significa apreciar la especificidad de lo social y lo biológico y dilucidar como los procesos sociales lle

2) COPLAMAR. Necesidades esenciales en México: Salud 19

gan a expresarse en procesos biológicos".³

Problemática de salud de la comunidad

Ya en el apartado 2.2 de este capítulo pudimos apreciar que las condiciones de S-E en la comunidad son críticas; para facilitar el análisis de su problemática nos apoyaremos en tres elementos que nos permiten apreciar diversos aspectos del estado de S-E en "La Rosita".

Desconfianza, Agresividad y Violencia

El continuo estado de insatisfacción y de carencia, con secuencia de sus precarias condiciones de vida, limitan en los individuos sus posibilidades de desarrollo personal y por lo tanto se mina su confianza en sí mismo y -baja su autoestima llevándolos a la situación generalizada de desconfianza y agresividad.

Estas condiciones psicológicas originan cierta dinámica

3) LAURELL A. C. Epidemiología, economía, medicina y política 9

de choque entre los miembros de la comunidad y al interior de las familias y esta dinámica tiene consecuencias que se manifiestan en autodestrucción, violencia, depresión; dicho en otras palabras, en alcoholismo, drogadicción, maltrato a las mujeres y a los niños, pleitos callejeros, abandono de empleo, deserción escolar, etc.

La drogadicción prevalece principalmente en los adolescentes; al alcoholismo se encuentra también entre los adolescentes y en adultos adictos desde jóvenes (13 años o menos) enfermedad que difícilmente pueden superar por lo que en general llegan a padecer cirrosis hepática - alcoholo-nutricional; entre los años 1980-1982 se registraron 12 casos de muerte por cirrosis en la comunidad⁴.

El maltrato a las mujeres va de manifestaciones abiertas tales como golpes y gritos a nivel más encubiertos de agresión y dominio, por ejemplo: les impiden utilizar

4) GRUPO 9107 Estudio descriptivo de la comunidad "La Rosita". 18

algún medio anticonceptivo, aún contra su voluntad, ésta es sólo una manifestación de la problemática que vive la mujer en la comunidad.

El maltrato a los niños también tiene francas manifestaciones como son golpes, gritos y el continuo abandono; a nivel encubierto, la escasa atención que reciben, lo que se deduce de las actitudes observadas durante las visitas efectuadas, de la integración madre-hijo en "La Rosita".

Sólo nos es posible explicar los malos tratos hacia las mujeres y niños de una manera hipotética y con las limitaciones que implica ser agente externo de la comunidad; no podemos hablar de descuido de las madres al ver a los niños pequeños jugar largas horas en la calle con el peligro de ser atropellados, mordidos por los animales o de caerse hacia la barranca, ya que:

"El estado social influye (...) sobre el fenómeno de los accidentes de los niños en la calle; en efecto, la mayor parte de los niños -

muertos o gravemente heridos pertenecen a familias pobres, que - habitan en casas superpobladas o sin espacio para jugar, tal es el caso de la población marginada de los cinturones de miseria de las ciudades"⁵.

Podemos explicar los malos tratos hacia los niños y las mujeres por parte de los varones de la comunidad, en - términos de una situación económico-social que devienen en situación bio-psicológica como consecuencia de su - condición de opresión, explotación y marginalidad; y - por el mismo ambiente aplastante y frustrante derivado de las relaciones sociales que viven al interior y al - exterior de la comunidad, por su escaso poder adquisitivo y por encontrarse marginados de recibir servicios - fundamentales como son: agua corriente y drenaje, de poder participar de manera permanente en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

5) TIMIO M. Op. Cit. 47

"La pobreza significa para el hombre que vive en ella frustración, irritación, miedo, reacciones violentas y alcoholismo, que sumado a la desnutrición explica el alto índice de cirrosis, de absceso hepático amibiano, de polineuritis alcohólica y de patología psiquiátrica (...) que en estos grupos sociales todavía más extraordinario que la alta morbilidad y mortalidad, es el hecho de que tantos seres humanos sobreviven en esta situación de malas condiciones y falta de instalaciones sanitarias".⁶

Stress

La eventualidad en el trabajo constituye una fuente de stress para el 23% de los pobladores y sus familias, - pues frecuentemente es causa de que los hijos abandonen la escuela a edad temprada (8-9 años) y se ocupen de - trabajar para ayudar al gasto familiar, y que la mujer busque en la recolección de papel, vidrio u otros desechos o en el empleo en el servicio doméstico, una fuente de ingresos.⁷

- 6) CELIS y NAVA. Patología de la pobreza 307
 7) GRUPO 9107 Op. cit. P. 15

Todos estos factores sociales están involucrados en la salud de la comunidad, por lo que trataremos de explicar como esta problemática social puede expresarse en enfermedades individuales, esta interpretación puede ser acusada de simplista, pero ubiquémosla como una explicación de un proceso económico social que se expresa en lo biológico-social.

Una situación stressante lleva al individuo a elevados niveles de angustia, estado que puede manifestarse aparentemente como inactividad física por parte del sujeto y una desgastante actividad psíquica con manifestaciones que se han mencionado ya anteriormente; autodestrucción, violencia, depresión, por un lado; y por otra parte, esta situación de tensión continua, baja las defensas del individuo contra los microbios del ambiente, y más si es un ambiente insalubre como el de la comunidad "La Rosita", lo que conlleva enfermedades infecto-contagiosas fundamentalmente, que encontramos en los primeros lugares de morbilidad en la comunidad.

(Véase anexo No. 4).

"Resumen de la patología de la pobreza: perspectiva baja de vida, - alta frecuencia de padecimientos - infecto-contagiosos, nutricionales, alcohólicos, alcoholo-nutricionales, de patología genital, ginecológica y obstétrica, acumulación - en el mismo individuo de varias enfermedades avanzadas, irrecuperables o difícilmente recuperables, cifras mínimas de patología degenerativa y de muerte por senilidad. Escala de frecuencia de las causas de muerte: cáncer, cirrosis hepática, tuberculosis, amibiasis, fiebre reumática, arteriosclerosis, - muerte obstétrica, hemorragia cerebral y diabetes"⁸.

Esta descripción no está nada alejada de la realidad de la comunidad, dentro de ella las infecciones de las vías respiratorias, gastroenteritis, enfermedades del aparato genitourinario y parasitarias se encuentran en los cuatro primeros lugares de morbilidad de la comunidad, el quinto y el sexto lugar también lo ocupan enfermedades infecciosas de las vías respiratorias y de la piel;

8) CELIS y NAVA. Op. cit. 305

esto manifiesta claramente las condiciones insalubres en que viven los habitantes de la comunidad, expresión orgánica de problemas sociales manifiestos, el séptimo lugar lo ocupan las heridas y los traumatismos que ya anteriormente analizamos en la problemática de la mujer y del niño maltratado; se registraron en el primer semestre de 1982, sesenta y dos casos de personas lesionadas y con problemas infecciosos, 820 casos, o sea que, sumados son el 60.4% del total de personas con padecimientos presentados por habitantes de la comunidad en ese lapso.

De ninguna manera la problemática de salud de la comunidad "La Rosita" está agotada, este análisis es sólo un intento para valorar y comprender su patología, lo que es importante para conocer su realidad y con base a ésta proponer una metodología de educación para la salud.

Educación para la Salud en La Rosita

Existe en la comunidad una experiencia en educación para la salud, ésta tiene ya algunos años, desde 1976, se

han llevado a cabo actividades que buscan incidir en el proceso salud-enfermedad de la población, es importante revisar esta experiencia ya que ha dejado algún aprendizaje en la comunidad.

Los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM - ofrecieron y ofrecen a la comunidad sus servicios; sus actividades están enfocadas a la práctica de la medicina preventiva y comunitaria; éstas han consistido principalmente en visitas domiciliarias constantes (dos veces por semana), para detectar enfermedades, y cuando está al alcance de los alumnos se procede al diagnóstico y tratamiento de algunas de ellas, y cuando no, se canaliza al paciente al Centro de Salud de Cuajimalpa o al Hospital General, si lo amerita el caso; las visitas, así como los diagnósticos y tratamientos se llevan a cabo con el apoyo de un médico tutor, cuya función es la supervisión y organización de las actividades que se desarrollan en la comunidad. Además de las actividades mencionadas, los alumnos realizan otras en coordinación

con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, nos referimos a las campañas de vacunación, mediante esta actividad la comunidad queda protegida contra ciertas enfermedades, dicha actividad se realiza esporádicamente.

Siete familias en promedio reciben atención y orientación por cada alumno, éstos se encuentran cursando el primer año de la carrera; y su finalidad al visitarlas es aprender a relacionarse con los pacientes, aprender a diferenciar una persona sana de una enferma,

"(...) el médico general viene a ser el contacto entre la medicina y la comunidad y (quien facilita) el acceso permanente de los usuarios a una atención con continuidad técnica y personal (...)"⁹

es por ello que la comunidad acepta este servicio, el cual es gratuito.

- 9) ENGLER T. Rol médico en el trabajo de educación para la salud en la comunidad 117.

Por cada visita efectuada el alumno lleva un registro - que contiene datos tales como edad, sexo, peso, estatura, número de vacunas aplicadas a cada miembro de la familia, fecha de aplicación, padecimientos que detecta, canalizaciones realizadas, tipo y frecuencia de alimentos que consumen, hábitos de higiene, tiempos de lactancia de los bebés, nivel de escolaridad, tipo de familia, etc.¹⁰

En las visitas a las familias los alumnos dan ciertas orientaciones e información para protección y recuperación de la salud, con ello van informando a la población sobre aspectos relacionados principalmente con la nutrición, la higiene, la reproducción humana, etc., aunque esta actividad tiene una manifestación más formalizada; nos referimos a las pláticas que dan a las madres de familia principalmente en el centro comunitario con ayuda del médico encargado del mismo centro, ubicado en la co-

10) CUADERNO de Comunidad para el alumno.

munidad (es pasante en servicio social) y la enfermera; la temática de las pláticas es similar a la que abordan en las visitas y se limitan a dar información respecto a la planificación familiar, saneamiento ambiental, enfermedades infecciosas, etc.¹¹

Existe otro grupo de estudiantes que realiza sus prácticas de campo en "La Rosita", se menciona aquí por su relación con la salud-enfermedad de la comunidad, se trata de las alumnas de la carrera de trabajo social, ellas realizan también actividades en el centro comunitario, éstas consisten en levantamientos de datos por medio de encuestas y organización de talleres y cursos de educación abierta para adultos, (primaria), talleres de corte y confección, tejido, juguetería, eventos que tienen respuesta en su mayor parte por las mujeres de la comunidad.

11) GRUPO 9107 Op. cit. 17

Como vemos el tema que nos ocupa, la educación para la salud, no está abandonado en la comunidad, se realizan grandes esfuerzos por parte de los alumnos, pero éstos no son suficientes, y la manera como se hace parece no ser la indicada puesto que la práctica educativa es orientada por los estudiantes hacia la comunidad; en ella existen necesidades objetivas de saneamiento ambiental, de elevar los niveles nutricionales, de proveer cuidados especiales a las mujeres en gestación y a los niños, etc. pero la actividad de la comunidad se reduce a ser receptora de mensajes emitidos en las pláticas, y a recibir atención médica para detectar enfermedades, y en un sentido preventivo en las campañas de vacunación, ésto es, la comunidad no realiza acciones que mejoren su estado de salud por un lado y por otro, los estudiantes realizan el papel de transmisores de información, y donde en la práctica el paciente es parcializado, y sólo se toma en cuenta el aspecto biológico de su padecimiento;

"Una singular característica de la "parcialización" del paciente es el progresivo deterioro de la relación médico-enfermo, que se basa en la gestión autoritaria de la actividad de diagnóstico y terapéutica, en lo que no hay lugar para consideraciones que salgan de lo "biológico"¹².

En estas circunstancias no se puede decir que la educación para la salud que intenta aportar a la comunidad pretenda cambiar actitudes o conductas en la población, al contrario, parece reafirmar la tradicional relación médico-paciente, de autoridad y sometimiento respectivamente y la percepción de que su condición física y mental es algo ajeno a él.

No obstante se pretende que los alumnos lleven a cabo una práctica que modifique las concepciones que sobre la salud-enfermedad tiene la comunidad y que a su vez el estudiante integre el concepto de individuo como ente bio-psico-social y lo enmarque en sus actividades que como médico realice en la comunidad.

12) TIMIO M. Op. cit. 24

La perspectiva funcionalista que enmarca el trabajo educativo desarrollado hasta ahora en la comunidad limita los resultados y no puede trascender de los hasta ahora obtenidos.

Esta perspectiva se manifiesta en la concepción de salud manejada por los estudiantes en donde se considera como el equilibrio bio-psico-social de los individuos y la enfermedad como un desequilibrio en cualquiera de las tres esferas, ubica al individuo en su medio, en suma - se basa en el esquema de Historia Natural de la enfermedad de Leavell y Clark¹³. Para trascender las actividades hasta ahora efectuadas y lograr cambios sustantivos en la salud de la comunidad, se requiere lograr la intervención organizada e informada en los asuntos relacionados con su salud en primera instancia y con otros aspectos que indirectamente influyen en ella, es decir,

13) MONTES, DR. OCA, F. Definición de los niveles de atención. 27

la educación para la salud, no tiene posibilidades de cambio en las estructuras ni siquiera cambios parciales, pero sí puede incidir en el nivel de conciencia que la comunidad tenga de sus problemas siempre y cuando parta de un enfoque que tome en cuenta a la comunidad como su sujeto de transformación y no como objeto a ser transformado.

Y que perciba a la salud-enfermedad como un proceso inmerso en el seno de una sociedad clasista en la que existen formas desiguales de producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

De modo que rebase la práctica actual que cosifica a la comunidad por una parte y por otra frustra a los estudiantes que tienen amplias expectativas respecto a su trabajo en la comunidad y que perciben que éste no fructifica.

La posibilidad de plantear una propuesta alternativa a la práctica actual de la educación para la salud en la

comunidad surge de este análisis de sus condiciones y -
de su experiencia en educación para la salud, en el -
próximo capítulo se desarrolla la propuesta y sus funda-
mentos.

3.- APROXIMACION TEORICA A UNA PROPUESTA ALTERNATIVA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD "LA ROSITA"

Introducción

Para elaborar la propuesta de educación para la salud - nos ubicaremos en tres niveles; el primer nivel epistemológico, el segundo metodológico y el tercero operacional¹.

3.1 Nivel Epistemológico

En este nivel abordaremos los conceptos de teoría-práctica, teoría del conocimiento y teoría de la realidad, se trabajan estas categorías dado que están presentes y determinando el quehacer pedagógico del área de la salud en la comunidad.

No pretendemos ser exhaustivos dado que la profundización con que pueden ser abordadas estas categorías podría ocuparnos demasiado y no es nuestro interés, sim-

1. Veáanse anexos N° 8 y 9.

plemente es necesario hacer referencia a ellas para sugerir la propuesta.

La conceptualización de las categorías la haremos con base a los escritos de Karel Kosik y Adam Shaff.

Para conocer la realidad, ésta se nos presenta caótica, y se hace necesario develarla, dándole un rodeo que nos permita llegar a la esencia de las cosas².

La esencia debe ser descubierta mediante una actividad especial, para poder conceptualizarla se requiere comprenderla y comprenderla significa conocer su estructura, lo que se logra a través de la actividad científica y filosófica.

La diferencia entre fenómenos y esencia no es más real que el fenómeno ni viceversa porque la realidad es la unidad de ambos.

2. K. KOSIK. Dialéctica de lo Concreto. p. 28

Esto nos habla de la complejidad de la realidad, la cual podemos conocer en diferentes niveles y en diferentes momentos, al respecto Kosik dice:

"Si la realidad es entendida como concreción, como un todo que posee su propia estructura (y, por tanto, no es algo caótico), que se desarrolla (y, por ende, no es algo inmutable y dado de una vez para siempre), que se va creando y variable (y, en consecuencia, no es un todo perfectamente acabado y variable sólo en sus partes singulares o en su disposición), de tal concepción de la realidad se desprenden ciertas conclusiones metodológicas que se convierten en directriz heurística y principio epistemológico en el estudio, descripción, comprensión, ilustración y valoración de ciertos sectores tematizados de la realidad, tanto si se trata de la física, o de la ciencia literaria, de la biología o de la economía política, de problemas teóricos de las matemáticas o de cuestiones prácticas vinculadas con la regulación de la vida humana o de las relaciones sociales"³.

3) Ibid. p. 56

Conceptualizar de tal manera la realidad nos es de gran utilidad dado que es en ella en la que se mueven los - hombres y los conocimientos son en este sentido verdades parciales aprehendida por los sujetos. Para poder transformar la realidad es preciso conocerla, ya que el conocimiento en la relación que se establece entre el - hombre -en tanto sujeto cognoscente- y la realidad como objeto por descubrirse; en un modo de apropiación del - mundo por el hombre (reproducción espiritual y racional de la realidad) y tiene como elementos constitutivos, - el sentido objetivo y el sentido subjetivo:

"... (ambos sentidos son momentos de proceso objetivo; el de la interiorización de la exterioridad), y este momento se elimina perpetuamente a sí mismo y renace perpetuamente"⁴.

Sucede así porque el hombre es quién posee el pensamiento y éste se transforma al ser contrastado con la rea-

4) Ibid. p. 41

lidad y la realidad a su vez es transformada cuando el pensamiento se lleva a la acción.

El hombre descubre su realidad y su conciencia como un producto y a la vez como productores de la realidad, como resultado de la praxis objetiva y de todas las praxis sociales vinculadas en diferentes grados.

La conciencia humana tiene dos aspectos que se compenetran e influyen recíprocamente, es la unidad de ambos aspectos: el "teórico-Predicativo" (conocimiento explícito, fundado, racional y teórico) y el "ante-predicativo" (totalmente intuitivo) en esta unidad se basa la praxis objetiva y la asimilación práctico espiritual de la realidad⁵.

Asumir la postura materialista dialéctica que hemos venido desarrollando implica aceptar que la realidad es -

5) Ibid. p. 44

objetiva y autónoma, que lo real externo es parte del - proceso de conocimiento y que la realidad existe en el pensamiento y que dentro y fuera de él, es susceptible de transformarse y que existen diferentes concepciones de la realidad que se vinculan con el método de conocimiento. La teoría es la representación de la comprensión - explícitamente reproducida de la realidad y que a su vez ejerce influencia sobre el modo de asimilación de ésta y de su intensidad y veracidad⁶.

Por ésto el conocimiento se construye con base a paulatinas modificaciones de la estructura lógica (pensamiento) en la medida en que se conoce más ampliamente la estructura de la realidad en movimiento y que su aprehensión se hace de manera crítica.

Para alcanzar la realidad del mundo, entendiendo realidad como realización de la verdad y creación de la realidad humana es preciso disolver las creaciones mistificadas del mundo irreal y cosificado en el pensamiento y

6) Ibid. p. 45

fuera de él, esto se puede hacer a partir del método dialéctico.

La compleja realidad está constituida por diversos planos, dimensiones, la realidad se construye en el pensamiento en el plano abstracto, plano en el que ésta se desarrolla, el pensamiento tiene que hacer un esfuerzo para alcanzar lo "concreto" en movimiento, al negar lo inmediato, la evidencia, lo concreto visible. En su esfuerzo el pensamiento recorre del sujeto al objeto y del objeto al sujeto, de la parte al todo, del todo a la parte, del fenómeno a la esencia, de la esencia al fenómeno.

Esta concepción de conocimiento pretende ser retomada al momento de proponer la metodología para el trabajo en la comunidad, existen otras concepciones de conocimiento que son trabajadas por Adam Shaff en su obra titulada "Historia y Verdad", en él enmarca tres teorías del conocimiento, la materialista dialéctica, la idealista y la mecanicista, mismas que se desprenden de

diferentes conceptualizaciones de la realidad: en este capítulo la segunda y tercera serán abordadas escuetamente a continuación:

La teoría idealista supone que el hombre (sujeto cognoscente) conoce el mundo a través de las ideas que de él tiene, que el mundo (objeto de conocimiento) existe en la medida de que haya alguien que lo nombre, por lo tanto cuando un sujeto pretende enseñarle a otro "algo" del mundo sólo podrá transmitirle lo que él conoce del mundo y ésto le será presentado al sujeto como la verdad; es interesante pensar en las consecuencias que ésto tiene en educación⁷.

La teoría materialista mecánica, sustenta que el sujeto cognoscente conoce al mundo en la medida en que este existe fuera de él e independientemente de que alguien

7) SHAFF Adam. Historia y Verdad .p. 85

lo nombre, la realidad aparece como algo "dado" y ajeno fuera del sujeto, por lo tanto el sujeto es modificado por el objeto.⁸

Estas concepciones de conocimiento se traducen al nivel metodológico en diferentes concepciones de aprendizaje que tiene implicaciones concretas en la conciencia de los sujetos y en la capacidad para conocer y transformar la realidad.⁹

3.2 Nivel Metodológico

Antes de comenzar a delinear en este nivel categorías didácticas tales como aprendizaje-enseñanza, propósitos, metodología, contenidos y evaluación en las cuales podría apoyarse una propuesta de trabajo en el campo de la educación para la salud, trataremos el concepto de didáctica.

8) Ibid. p. 83

9) Véase anexo No. 10

La didáctica ha sido conceptualizada de diferentes maneras a través del tiempo; principalmente se ha concebido como conjunto de métodos, técnicas y procedimientos que nos llevan al logro de un aprendizaje, a esta postura se le ha llamado "instrumentalista".¹

Esta postura deriva en la práctica metodologías que dan marco para que se establezcan ciertas relaciones entre los sujetos y el conocimiento, donde el que posee el conocimiento tiene poder sobre los que no lo poseen y los métodos, técnicas y estrategias que utilizan legitiman esta situación y en este sentido la didáctica es un instrumento que media en la situación educativa, en la que se promueven los valores, conocimiento y en general la cultura que a la clase dominante de la sociedad le interesa promover, y en función de la cual actúa.

1) BARCO, Susana. Antididáctica o Nueva Didáctica. 17

"La implementación didáctica no puede por tanto, verse como ascética, descargada de connotaciones ideológicas o, al servicio de una pseudo ambigüedad política que encubre tendencias precisas".²

De ahí que sea necesario partir de un concepto más amplio de didáctica que asuma que los métodos, técnicas y procedimientos tienen un carácter político; con lo que nos trasladamos a un plano más amplio en el que cabe el análisis de la relación social que se establece entre los protagonistas del proceso educativo de éste en su totalidad, sus fines al servicio de la clase social a la que se dispone, que política educativa lo respalda, cómo es determinada esta política, cuáles son sus recursos materiales, y finalmente cómo se organizan.³

2) Ibid. 10

3) Idem

En este análisis deben participar todos los involucrados en este proceso para conocerlo, orientarlo, y así comprometerse con un proyecto educativo que pretenda evidenciar y cuestionar los modelos de relaciones que hasta ahora ha fomentado la didáctica instrumental, éstos son estereotipias de dependencia, verticalismo y autoritarismo, anulación de la creatividad y carencia de espíritu crítico⁴; y que favorecen la prevalencia de la sociedad clasista sin cuestionarlo.

Es necesario poner en práctica una didáctica contestataria a la anterior cuyas características sean el ser cientizadora, estimuladora del espíritu crítico y creador y sus líneas de acción estén encaminadas a cambiar esquemas de acción que hasta ahora se han fomentado tales como: actitud receptiva y pasiva del educando, de omnisapiencia del educador y otras actitudes que es necesario desinternalizar de los sujetos y es esta orienta-

4) Ibid, 30

ción la que indica el sentido de los lineamientos didácticos de la educación para la salud.

Existen diferentes metodologías que se concretan en conceptos didácticos; provienen de diversas conceptualizaciones de "didáctica" que se matizan entre las dos posturas mencionadas y que a su vez se inscriben en las dos vertientes pedagógicas de Thomas La Bell trabajadas en el capítulo 1.2.2 de este trabajo. Estas metodologías han sido utilizadas en la modalidad de educación no formal, aunque no particularmente en educación para la salud y se incluyen en un esquema para dar una idea panorámica de ellas, se organizaron en un cuadro de doble entrada en la que se manejan conceptos comunes a todos pero con diversa significación.⁵

La metodología se deriva de un método general para acercarse (conocer) a los objetos, la naturaleza de los objetos va a definir como es el método para conocerlos, -

5) Véase Anexo No. 11

de ahí la necesidad de reconocer a la educación para la salud y al proceso de salud-enfermedad como procesos de la comunidad y abordarlos por medio de un método dinámico que aborda el problema del conocimiento en una situación de interrelación de los sujetos con el objeto y de los sujetos entre sí.

Toda actividad teórica o práctica mediante la cual el hombre se acerca a un objeto, supone un método, y la marcha común de este acercamiento por el pensamiento humano se da, por medio de la práctica en un primer momento, de la teoría en un segundo momento y de la práctica nuevamente en un tercer momento que sirve para reiniciar el proceso de conocimiento desde otra perspectiva, este proceso es dinámico porque el objeto a conocer lo es también, se modifica constantemente.

El primer acercamiento del pensamiento al objeto se realiza en la práctica y en este primer momento supone una síntesis inicial una percepción inicial- en seguida se comienza a establecer las relaciones de ese objeto de -

conocimiento con otros objetos y consigo mismo, este momento es predominantemente teórico, aquí se analiza y se conceptualiza el objeto, para volver a la práctica y comprobar o disprobar la validez de su supuesto teórico, en este momento se inicia nuevamente la síntesis que sobre el objeto de conocimiento efectuamos, este momento es substancialmente distinto al primer momento descrito, y tras éste sigue el de análisis y conceptualización en teoría y tras éste, nuevamente, en la práctica la síntesis, esto no es un proceso circular del cual no se pueda escapar, al contrario, es abierto como una espiral.

Del concepto de método que se adopte se deriva cierta conceptualización de la metodología de la enseñanza.

El método general establece los rasgos de las categorías (tales como multicasualidad, contradicción), con base en los cuales se desarrollan las metodologías de enseñanza, por un lado fundamentándose en estas categorías y por el otro, en las características del objeto de conocimiento.

Este no indica que las demás categorías didácticas estén subordinadas a la metodología, sino que ésta, las unifica y las determina a la vez que ésta es determinada por las categorías, esto en interrelación con el objeto a aprehender. Es determinante y determinado de la práctica educativa, determinante ya que en él gira la actividad educativa y determinado por otros elementos como es el concepto de aprendizaje, la naturaleza del objeto a aprender, las características de los sujetos que participan en esta actividad y el contexto que rodea al grupo de sujetos.

Es necesario señalar que no tiene sentido hablar de métodos de enseñanza, si no se vinculan éstos con el objeto de estudio (contenidos) y con las actividades de los sujetos (educador y educando).

El desarrollo de una metodología específica de la educación para la salud en la comunidad, está vinculada con las necesidades de formación e información que sobre este campo tiene la comunidad.

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

"Lo más importante en todo campo de conocimiento no es de disponer de información acabada, sino poseer instrumental para resolver los problemas que se presentan en dicho campo (...)"⁶

Y a la información como al conjunto de conceptos, nociones, teorías, procesos y procedimientos de diversas disciplinas.

La metodología es el elemento constitutivo del quehacer educativo y el desarrollo de ésta se ha dado principalmente en la práctica, con el fin de responder a las necesidades educativas de los sujetos involucrados en un proceso específico.

6) BLEGER, J. Temas de Psicología. (entrevista y grupos) 60

No es posible abordar el problema de la metodología como un instrumento elaborado fuera de la práctica educativa, es decir en la "teoría". Ya que esto lo deja fuera de la relación concreta que se da entre el contenido (objeto de conocimiento) y los sujetos (sujetos de conocimiento) en un contexto educativo específico.

Para el desarrollo de una metodología idónea a las comunidades suburbanas es necesario abordar el concepto de aprendizaje, dado que éste es un proceso que involucra a los sujetos en su totalidad y produce cambios substanciales en las concepciones y acciones que las personas tienen sobre su proceso de salud-enfermedad.

El proceso de aprendizaje se ha conceptualizado de diferentes maneras y esto ha tenido derivaciones prácticas, como lo pudimos apreciar por ejemplo, en la experiencia del programa de planificación familiar descrita en el anexo No. 1, en donde se conceptualizó el aprendizaje como un cambio de conducta observable y a la enseñanza-aprendizaje como un proceso dividido en los sujetos con

diferentes papeles; por un lado el que enseña, y por otro el que aprende, el que sabe y el que ignora, el poseedor de conocimientos y el desposeído, es decir, se utiliza la enseñanza como un instrumento social de enajenación:

"(...) entre los instrumentos sociales de enajenación se cuenta, en lugar relevante, la enseñanza y la forma en que -en general- se realiza: deshumanizada y deshumanizante".⁷

De ahí la importancia de partir de un concepto de aprendizaje que tome en cuenta el individuo en su totalidad, y no lo enajene, sino que lo recupere como ser humano total. Por lo tanto conceptualizamos el aprendizaje como:

"(...) la modificación más o menos estable de pautas de conducta, entendiendo por conducta todas las manifestaciones del ser humano, sea cual fuere el área en que aparezcan; en este sentido puede haber

7) Ibid. 58

aprendizaje aunque no se tenga la formulación intelectual del mismo"⁸

Esta modificación se logra en la interacción de los sujetos cognoscentes con el objeto de conocimiento, y ésto está relacionado con la metodología, que no se instituye como: el único modo o modelo de hacer o conocer a los objetos de conocimiento, sino que se va elaborando en función de las posibilidades reales del objeto y de las posibilidades psicológicas reales y momentáneas del sujeto.⁹

Cuando estas posibilidades no coinciden, el sujeto está separado del objeto, la teoría de la práctica, y la palabra del acto, en otras palabras está deshumanizado el ser humano y su actividad también.

"De esta manera todo impedimento, déficit o distorsión del aprendizaje es, al mismo tiempo, un impedimento, déficit o distorsión de la

8) Ibid. 63

9) Ibid. 64

personalidad del sujeto, y viceversa todos los trastornos de la personalidad (neurosis, psicosis, caracteropatías, perversiones) son trastornos del aprendizaje"¹⁰

En este sentido, tanto el aprendizaje como la educación son terapéuticos ya que tienen la finalidad de formar y modificar la personalidad del que aprende; una visión tan amplia del aprendizaje nos permite incorporar al ser humano íntegramente y no tan sólo como un recipiente a ser llenado por información que en buena medida es lo que ha estado haciendo en la comunidad que nos ocupa.

El aprendizaje que en la comunidad "La Rosita" se ha dado, tiende a reforzar modos de actuar y de pensar, sin pretender realmente que la comunidad se desarrolle destruyendo conocimientos anacrónicos y elaborando nuevas formas de acción y de relación entre los sujetos que la integran con respecto a su salud.

10) Idem.

Un ejemplo del reforzamiento de conductas en la comunidad, son las actividades que desarrollan los alumnos de medicina, donde no se cuestiona la relación médico-paciente tradicional, en la que el paciente es visto como un objeto y el médico como un sujeto poderoso, y omnisciente, que ordena y estas órdenes son indiscutibles y deben ser asumidas y realizadas por los pacientes.

Conceptualizar el aprendizaje con la perspectiva propuesta por Bleger nos permite percibir una metodología flexible en la que cada sujeto se va insertando en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la medida de sus posibilidades, y este proceso de enseñanza-aprendizaje se da alrededor de una tarea a ejecutar por el grupo.

En donde la tarea es un conjunto de actividades estructuradas y estructurantes para construir un conocimiento respecto al proceso de salud-enfermedad y es en estas actividades en las que se inscriben los sujetos y su nivel de compromiso puede estar determinado por su participación en el establecimiento del proceso de construcción del conocimiento.

Desde luego, este es un proceso que no tiene límite de tiempo, sin embargo este proceso tiene etapas que pueden cumplirse en tiempos flexibles, puesto que se busca que se logre la construcción del conocimiento sobre el proceso de salud-enfermedad.

3.3 Nivel Operativo

A continuación se desarrollan cuatro etapas que fueron elaboradas por James Mc. Donald para el proceso de evaluación y que aquí se retoman en un sentido más amplio para el proceso de enseñanza-aprendizaje.¹

La primera es la "iniciación", en esta etapa podemos decir que se encuentra un grupo de participantes cuando plantean sus necesidades e intereses con respecto al proceso salud-enfermedad, y de este primer momento pueden surgir propuestas centradas en diferentes temáticas y la propuesta de inserción de los sujetos, es -

1) Mc. Donald J. Una evaluación de la evaluación p.

decir cada participante debe poder decidir de que manera va a realizar actividades; no todos los participantes en el proceso de educación para la salud tienen el mismo ritmo de trabajo, así que dentro de un mismo proceso se pueden encontrar los sujetos en diferentes etapas.

La etapa de iniciación es un primer momento de síntesis, es decir de reflexión sobre lo que se conoce, en los términos propios y con la forma de pensamiento como se han percibido y concebido los problemas de salud-enfermedad en la práctica.

La segunda etapa por la que puede atravesar el proceso de educación para la salud es la que podemos decir que está realizando, cuando se ejecutan las actividades - planteadas en la primera etapa, ésta es llamada "ejecución"; proceso flexible y reflexivo que modifica y analiza la inserción de cada sujeto dentro de éste; en este momento de análisis se entra en contacto con el - objeto de conocimiento, y éste podría ser abordado por

sus características particulares, no como un complejo de hechos desarticulados sino como un objeto total con elementos interactuantes que pueden ser separados para mejor conocimiento de las partes pero que en ningún momento pueden considerarse como independientes, en esta etapa cabe conceptualizar el objeto de conocimiento y en esta reconceptualización los sujetos podrían modificar de manera más o menos estable o confirmar su modo de concebir el objeto.

En una tercera etapa, "autodirección", los sujetos por sí solos podrían ejecutar las tareas asumidas, en las que posiblemente incorporen espontáneamente algunos aprendizajes más que enriquezcan el proceso.

Entrando en un nuevo momento de síntesis los sujetos - podrían llegar a la cuarta etapa "producción", de este proceso hipotético en la que los productos queden concluidos, éstos pueden ser materiales o intelectuales, en la que la manera de percibir y concebir de los sujetos sobre el objeto de conocimiento substancialmente -

distinta y si las condiciones reales lo permitieran, - la relación que establecen con el objeto son distintas; o bien, se busca modificar las condiciones reales para establecer un nuevo vínculo con el objeto de conocimiento, y así este proceso de aprendizaje continuaría con el planteamiento de un nuevo ciclo de iniciación, compromiso, autodirección y producción substancialmente - distinto a lo planteado inicialmente.

Un instrumento indispensable para el seguimiento de este proceso es la crónica. Esta consiste en un relato de lo que acontece en cada sesión de trabajo que puede incluir los hechos más relevantes o los incidentes que de alguna manera estuvieran interviniendo en el proceso de aprendizaje de los sujetos.

Los sujetos se inscriben en este programa de manera - distinta y pueden encontrarse en diferentes etapas del proceso y por tanto su aprendizaje es diferente, no obstante buscamos que la tarea estructure la inserción de los sujetos y se enriquezca:

"(...) cada integrante del grupo tiene mayor facilidad para asumir momentos distintos de este proceso, lo que individualmente constituye un defecto del aprendizaje - se convierte en una virtud en la tarea grupal cuando cada uno interviene con su rol".²

A partir del análisis de la problemática de salud y de la experiencia que sobre educación para la salud tiene la comunidad, podemos adelantar ciertas ideas hipotéticas con respecto a las necesidades de formación e información que en este campo educativo tiene la comunidad.

Una de las principales características del objeto de conocimiento de la educación para la salud, es el dinamismo del proceso de salud-enfermedad, este podría estudiarse con la comunidad con un enfoque multicausal en el que las causas están relacionadas y tienen consecuencias en la salud-enfermedad de la población que a

2) BLEGER, J. Op. cit. 66

su vez afecta en otros aspectos, tal como podría ser el rendimiento académico o el ausentismo en los empleos, etc.

Un aspecto relevante relacionado íntimamente con el proceso de salud-enfermedad y que implica un reto en la destrucción de conductas estereotipadas en la comunidad, es el replanteamiento de la relación equipo de salud-paciente, en donde habría que demostrar que la salud que está en juego es la del paciente y que debería asumir un papel activo y una actitud de cooperación con el equipo de salud pero no de subordinación hacia el saber sustentado por el equipo de salud, en suma, trabajar elementos que coadyuven a romper con el actual vínculo del equipo de salud-comunidad y a establecer una nueva relación.

Proponemos analizar conjuntamente con la comunidad, como parte del proceso de educación para la salud, el vínculo de ésta con las instituciones de salud y sus implicaciones sociales, políticas y económicas, lo que

ayudará a ubicar en la realidad este proceso que en un primer momento se percibe como un caos.

Este análisis del vínculo entre la comunidad y las instituciones de salud cabría abordarlo con un enfoque histórico, y concretar este análisis definiendo sus necesidades de salud, planteando estrategias para cubrir las y formas de organización.

En suma proponemos que la educación para la salud sea útil para:

Motivar, capacitar y coadyuvar a la organización de la población de la comunidad "La Rosita", para que desarrolle las acciones necesarias para superar sus problemas de salud.

Construir nuevos patrones de comportamiento que incidan en la búsqueda de formas sociales que favorezcan la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- 1.- Dificilmente se encuentra una investigación que trate de la relación de la patología con el nivel socio-económico, generalmente se aborda esta problemática desde la perspectiva positivista que busca una relación cuantitativa (natalidad, morbilidad, mortalidad), y mantiene el status y se oculta justamente este indicador que revela el carácter clasista de la sociedad.
- 2.- La educación no formal se realiza al margen de las estructuras del sistema educativo nacional y por eso constituye una alternativa con amplias posibilidades para promover cambios en la conciencia de la población.
- 3.- En la comunidad "La Rosita" existe una organización formal promovida por la delegación que nos señala alguna posibilidad de realizar un trabajo conjunto con ella y que esta organización sea más auténtica de la comunidad.

- 4.- La comunidad "La Rosita" tiene la necesidad de cambiar su apreciación sobre sus propias capacidades, - alentando el sentimiento de autonomía y mejorar su - autoimagen.
- 5.- La comunidad vive en un estado de agresión continua a su salud, tanto por el estado insalubre de sus casas, de la calle, como por su situación social y económica.
- 6.- La educación para la salud debe tratar de recuperar - las formas en que la comunidad protege su salud y la conserva, fomentando la creación de formas autónomas y no la incorporación de formas ajenas a su cultura.
- 7.- La atención primaria a la salud que se ofrece a la comunidad únicamente contempla el estado físico y lo - aísla del estado psíquico del sujeto, por ello es importante advertir que los sujetos tienen tanto derecho a la atención del psicoterapeuta como al del cirujano, y que nada se hace al respecto en la comunidad; además las neurosis amenazan tan gravemente su salud

como la tifoidea y la atención en este sentido no puede ser tan abandonada como hasta hace un tiempo lo estuvieron el paludismo y la tuberculosis.

- 8.- La comunidad al iniciar su proceso de enseñanza-aprendizaje requiere de coordinación, no se puede dejar al libre albedrío, pero ésta no debe partir de agentes - externos de la comunidad sino de la misma comunidad, para su organización y para la propuesta de trabajo, donde se requiere de una tarea que estructure toda la actividad, pero no se requiere de metas establecidas de antemano, de ser así carecería de espontaneidad y creatividad el proceso.
- 9.- Los sujetos requieren comunicar a otros sujetos su experiencia y así la educación será un verdadero acto de creación de conocimiento y de enriquecimiento que lo hará más humano, el sujeto no necesita dominar las - cargas de información acumulada a lo largo de la historia ni siquiera de un área.

- 10.- El educador puede lograr avances en el proyecto educativo estableciendo una nueva relación con los educandos, no como personas ignorantes sino ubiçándolas en su plano cultural, para comprenderlos como integrantes de un medio socio-cultural específico, en lugar de percibirlos como sujetos sin "estilo de vida propio", considerado así desde otras perspectivas culturales.
- 11.- La educación para la salud debe de promover el autocuidado de los sujetos y el mejoramiento del ambiente, así como la implantación de políticas de salud comunitarias.
- 12.- La educación no es un acto neutral y beneficioso indistintamente para los individuos que participan en ella, es un proceso que dura a lo largo de la vida.
- 13.- En la comunidad "La Rosita" se ha iniciado ya el proceso de educación para la salud y su análisis, no puede ser dejado al margen de cualquier acción educativa que se ejecute en esta comunidad, para así poder destruir y reconstruir el conocimiento realizado con ella.

N O T A S

1) Con respecto a la Tecnología Educativa y críticos a ella consultense:

- PAEZ Montealbán R. El conductismo en educación. Reflexiones sobre algunos de sus alcances y limitaciones. En Rev. Perfiles Educativos CISE-UNAM N° 13 Julio - Sept. 1981 5-50
- "Tecnología Educativa y Tecnología Instruccional" Rev. de Tecnología Educativa OEA. Chile V 4 N° 3 p 257 - 67 1978
- "Que pretende ser la Tecnología Educativa" Bordon. Revista de orientación Pedagógica. España V. 33 N° 238 P. 235 - 43 Mayo - Junio 1981
- Bases Psicológicas de la Tecnología Educativa Bordon, Revista de orientación Pedagógica. España V. 33 N° 238 P. 285-322 Mayo - Junio 1981

- "Education and Instructional Technology: Issues in the eighties". International Journal of instructional media (E.U.A.). V. 8 N° 4 P. 287 - 96 1980.

- FERNANDEZ, Pablo. Planteamiento metodológico de la tecnología educativa. En FORO UNIVERSITARIO. N° 4 Epoca II, Marzo 1981. Méx. 58 - 60

- CHADWICK. Clifton. Tecnología Educacional para el Docente. B. A. Troquel 1977 202 p.

- GOLDNER. Alvin. Dialéctica de la Ideología y la Tecnología. Alianza Editorial.

A N E X O S

Descripción de algunas experiencias de educación no formal en el campo de la salud.

Se incluyen aquí estas descripciones para ampliar el panorama que sobre educación para la salud hemos delineado al abordar en este trabajo la experiencia de la comunidad "La Rosita".

Las experiencias sobre los programas que a continuación se describen fueron presentadas por personas que estuvieron vinculadas directamente a ellos, con el fin de que éstas se utilizaran como material didáctico en el taller de Educación Comunitaria para la Salud Agosto - Septiembre 1982 CEUTES - UNAM.

ANEXO 1

Programa de Planificación Familiar 1978. México

1. Antecedentes
2. Marco Teórico
3. Diseño del Programa
4. Material Producido
5. Evaluación

1. Antecedentes

En este programa se retoma la idea de utilizar la novela como medio de comunicación educativa como se había -
llevado a cabo en Brasil y en Italia.

Se transmite dándole un enfoque de concientización. La primera novela fue "Ven Conmigo" que tiene la finalidad de concientizar al adulto de sus propios problemas y -
brindarle instrumentos para la solución de éstos. La -
segunda novela fue "Acompañame" que trató exclusivamente el tema de planificación familiar.

El programa de planificación familiar fue dirigido a -
campesinos y a pobladores de zonas marginadas.

Este programa tuvo dos ejes fundamentales:

- Capacitación para manejar la propia realidad, vivir mejor.
- Instrumentar al individuo para que pueda resolver sus problemas.

De estas premisas surgieron los objetivos y se seleccionaron los contenidos.

2. Forma parte del marco teórico que fundamentó este programa: la comunicación educativa, multimedia integral, sistematización y apoyo en principios científicos.

Con respecto a la psicología del aprendizaje se tomaron en cuenta los trabajos de Bandura. Para la parte técnica, la Multimedia, que es el desarrollo y difusión simultánea de un mismo mensaje a través de varios medios, se consideró el nivel de comunicación interpersonal y el nivel de comunicación masiva. El primero se refiere a la infraestructura de servicios, se consideró al siguiente personal: trabajador social, médico, personal paramédico, el cual fue capacitado para relacionarse con la comunidad.

Al nivel de comunicación masiva se utilizó la infraestructura que permitió la coyuntura (T.V. y Radio).

Existió la necesidad de realizar una investigación previa, cuyos resultados fueron la base del diseño de comunicación educativa, la cual abarcó las siguientes etapas:

- 1º Evaluación Diagnóstica
- 2º Estudios de Pre-prueba
- 3º Evaluación

3. Diseño del Programa de Planificación Familiar

Búsqueda de información. Actividad que se realizó directamente con el campesino, tuvo una duración de dos años y se reunió información respecto a los siguientes puntos:

- Como usan los medios masivos de comunicación.
- Que formas de comunicación interpersonal emplean.
- Como conciben la realidad.
- Como perciben a la planificación familiar.

Se planean estrategias basadas en la investigación anterior.

- Comunicación interpersonal, se requirió el apoyo de la comunidad en cuanto a selección, supervisión y capacitación de una promotora encargada de la comunidad.
- Se reforzaron las ventajas de tener pocos hijos.
- Se combatieron los temores asociados a los anticonceptivos.

Comunicación masiva incluye:

- Una radio novela.
- Miniprogramas con dos minutos de duración, "Mercado de lágrimas".
- Spots del programa, comerciales.
- Propaganda por medio de letreros y "pintas" en las bardas (éstas no se realizaron).

4. Material Producido

Se realizó la musicalización de todos los materiales con base en canciones populares mexicanas. Fueron producidos más de 23 spots para radio, 6 novelas cortas que satirizaban las circunstancias, una radio novela. "Por amor a mi pueblo", la canción tema que fue vendida en disco.

5. Evaluación

Se recogen resultados en 1980 - 1981, se evaluaron cuatro áreas:

Cognoscitiva: Los conceptos que en la evaluación diagnóstica eran ignorados o incomprendidos, para la segunda evaluación, la situación no había cambiado.

Actitudes: Su sentimiento con respecto a la planeación familiar en un inicio fue diferente a la actitud demostrada en la segunda - evaluación.

Espectativas: En cuanto al uso de anticonceptivos hubo un cambio notable.

Los objetivos de la radio novela se lograron puesto que la actitud cambió a favor de la planificación familiar.

Efectos del programa:

Antes del programa el índice de natalidad era de 3.2, disminuye a 2.5, ese descenso lo explican los encargados del programa como resultado del esfuerzo de las instituciones para la salud de llevar a cabo la atención en las -

comunidades. La cual fue de la siguiente manera; se se leccionó personal de la comunidad, se le adiestró en las siguientes actividades: sensibilización a la pareja, se le habló de las ventajas y desventajas de la anticoncepción, canalización a la clínica. El médico atendía a la pareja para seleccionar el método idóneo, cuando se elegía y éste era algún método temporal (excepto DIU y Ritmo) la trabajadora social se encargaba de proporcionarlo.

COMENTARIOS

Este programa se caracterizó por ser sistematizado, permanente, orientado a la comunidad. La participación de la comunidad fue de receptividad principalmente, aunque fue activa por una parte mínima de ésta, ya que la promotora provenía de ahí.

En cuanto a los resultados se observa que en el área cognoscitiva no hubo resultados, y parece precipitado juzgar el cambio de índice de natalidad como efecto del programa.

La información obtenida para describir el programa de Planificación familiar, fue limitada ya que la persona que proporcionó la información y material presentó lo que ella consideró importante para la elaboración de este reporte, no obstante sabía los fines para los que se utilizaría esta información.

El concepto de concientización que deja ver esta experiencia no puede referirnos más que a la percepción de la importancia que tiene la planificación familiar para poder "vivir mejor", pero realmente encierra la propuesta de una familia

con dos o tres hijos y el espejismo de que al tener pocos - hijos su situación económica mejorará; el programa se desarrolla en los medios urbanos y rurales con estrategias distintas, no obstante desconoce la manera de pensar de la gente del campo, donde resulta contradictorio el mensaje que se pretende transmitir, dado que por experiencia ellos saben que entre más hijos, hay mayor posibilidad de sobrevivir.

El programa de Planificación Familiar además, parece encubrir la idea de control natal principalmente, sin entender que la planificación familiar engloba un número mayor de elementos como son: la educación sexual para niños, adolescentes y jóvenes, orientación sobre métodos "pro" y contraceptivos, previsión para la llegada de los hijos y la temporalidad adecuada para la llegada de los subsecuentes.

ANEXO 2

Facultad de Odontología de Pernambuco - Brasil.

Antecedentes

Pernambuco es un estado pequeño, capital Recife, es el estado más pobre de Brasil, no se consigue comida fácilmente, - es una zona industrial, con emigración pronunciada hacia el sur o al extranjero; Recife está entrecortada por ríos, con inundaciones frecuentes, en 1975 se acabó la ciudad. Tiene actualmente aproximadamente 2,000,000 de habitantes.

La comunidad en la que se trabajó se encuentra en el municipio de Carmarajibe con 200,000 habitantes.

Tiene problemas de desempleo, saneamiento, atención médica, educativos, población alfabetizada 40%, etc.

Por otra parte en 1974 se realiza un estudio al currículum de la carrera de odontología y se pretenden grandes innovaciones, se plantea que el currículum se centre en las necesidades de la comunidad y; simultáneamente se crea el Centro Latino Americano de Estudios Odontológicos (CLAEO). - Además existe un programa (ESPED) Educación Sanitaria y Pre

vención de Caries Dental, con el que se coordina la facultad. La política del gobierno es en este momento de expansión de la asistencia odontológica al municipio de Carmarajibe, en apoyo a este proyecto aparece otro EAOMSLM.

Características de la Comunidad

Como cualquier otra en América Latina. Presenta carencias de alimentación, agua, luz, en general de servicios básicos. La ocupación fundamental de la población es la de campesinos azucareros y por ello trabajan lejos de donde viven.

Objetivo

El programa se interesa por la salud bucal de niños de 6 a 14 años tanto para curación como para prevención.

Metodología de Trabajo Utilizada

Se llevaron a cabo cursos para los alumnos antes de ir a la comunidad, con el fin de sensibilizarlos y adiestrarlos en la utilización de técnicas didácticas.

Se implementaron programas audiovisuales, mesas redondas, - conferencias, todo para los niños con apoyo de los profesores y padres (con lenguaje sencillo). Se utilizan técnicas odontológicas (gárgaras de fluor y cepillo de dientes), -

simultáneamente realizan los niños tareas escolares con la misma temática; con ayuda de "ejercicio profesional socializado" (equivalente al trabajo social que se realiza en México).

Hubo control del trabajo del alumno de la carrera de odontología en la comunidad por parte de la facultad.

Problemas que obstaculizaban la realización del programa:

El programa fue muy costoso dado el tipo de material utilizado; el 50% del tiempo del profesor de facultad se dedicó a la comunidad, de lunes a sábado en la mañana y eso no siempre estuvieron dispuestos a hacerlo. A muchos odontólogos en adiestramiento no les interesaba realmente el trabajo en la comunidad.

Muchos alumnos utilizan la comunidad sólo para acreditar la materia y titularse para más tarde ejercer la odontología particular.

Existen excelentes relaciones entre Estado y la Facultad; recibe actualmente presupuesto mensual para materiales.

En 1982 seguía vigente el programa creado de 1974-79, ha tenido cambios sustanciales aunque en los 3 últimos años, se ha mantenido en situación estática.

COMENTARIOS

En esta experiencia, nuevamente se deja ver la orientación del programa, va hacia la comunidad pero que no se cuenta con la participación activa de ella.

Se le da servicio y ella se limita a recibirlo más no se plantea en esta experiencia, modificar que percepción de la práctica odontológica prevaleciente, la odontología privada, y socializar la atención en beneficio de la comunidad, y tampoco se plantea modificar de manera en que ésta pueda tener acceso a la atención odontológica.

Se toma a la comunidad como objeto, los alumnos extraen de ella beneficios, a su vez la población recibe de ellos este servicio. La educación para la salud se entiende en el sentido de difusión de normas de higiene, y no se presta atención a las necesidades y carencias de la población que afectan específicamente la salud bucal y a las estrategias para obtener cambios en ellas.

ANEXO 3

"Plan Tojolabal"**Experiencia de Medicina Comunitaria en Areas Indígenas. -**
México 1973 - 1982.

Escuela Superior de Medicina de I.P.N.

Med. Comunitaria en Areas Indígenas.

Departamento de Enseñanza.

Modelos de Med. Comunitaria.

El plan Tojolabal surge en 1974 y se lleva a cabo por médicos pasantes en servicio social. De la experiencia de este plan surgen otros, el plan de La Selva y el Plan Maya en Yucatán en 1980.

Antecedente Importante

En una zona suburbana de la delegación de Atzacapotzalco por Sn. Pedro Xalpa, actualmente se realiza un programa de educación para la salud por médicos de pregrado desde 1973 (diciembre), inicialmente era zona rural aunque ya es zona urbana; los alumnos asisten a esa comunidad antes de ir a trabajar en el plan Tojolabal en Chiapas.

El Plan Tojolabal contaba con 1 pasante y 3 asesores 1973, ya para 1982 se trabajaba en 3 áreas de la región con 9 pasantes. Se pretende que el alumno integre el servicio, la docencia y la investigación. Este plan se lleva a cabo en Comitán Chiapas en el Municipio de Las Margaritas.

Objetivo del departamento de enseñanza:

Demostrar que los modelos de Medicina Comunitaria pueden

- Integrar la teoría con la práctica.
- Lograr que los alumnos en formación profesional conozcan el campo de trabajo y sus posibilidades en áreas rurales.
- Dar servicio de salud a la pequeña comunidad rural.
- Demostrar que es posible el trabajo interdisciplinario e interinstitucional. (Enfermeras, optometristas y médicos) IPN - Docencia, Servicios coordinados de salud del Edo. de Chis. y Yuc. S.S.A., I.N.I., Secretaría de Agricultura y Ganadería, S.A.H.O.P., D.I.F. y S.E.P.

Características de la comunidad.

Zona de comunidades con 70 mil habitantes, en diversas áreas con 1,500 la mayor. Existen 38 comunidades en Tojolabal y en La Selva 28 comunidades.

La población habla en un dialecto, es una comunidad virgen ya que es muy cerrada, sólo a través del trabajo médico se ha abierto, tanto para el médico en servicio como para la comunidad se da un choque cultural (no pueden llevar radio o cualquier otro artefacto, pues causa rechazo en la comunidad).

Sus antecedentes históricos remontan a 200 años atrás.

Existen grandes dificultades de acceso a las comunidades. Los principales problemas de salud que se encuentran en las comunidades son: desnutrición, parasitosis, enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo.

Su organización social es gerontocrática, aunque ésto ha ido cambiando, actualmente se rigen por la asamblea de representantes intercomunidades, estas asambleas se realizan periódicamente y duran 4 días, ahí se toman decisiones.

El programa pudo entrar a las comunidades gracias a un religioso que tenía contacto con ellas y se habló en una asamblea con los representantes de las comunidades. No hay vida comercial en las comunidades dado que tienen economía agrícola de autoconsumo, casi no hay ganadería.

Los terrenos que ocupan están declarados legalmente tierras ejidales pero ellos las utilizan como comunales.

Aspectos culturales de la comunidad; concepción mágico religiosa de las enfermedades. Tienen una visión totalizadora del mundo, consideran la vida y la muerte como un todo integral, su pensamiento es dialéctico.

Objetivos del Programa

Los modelos de medicina comunitaria tratan de demostrar que los servicios de pasantes puede tener organización y continuidad permanente a diferencia del servicio social tradicional.

Se pretende la unidad de acción comunitaria mediante la integración del médico como miembro activo de ella y no violentar la existencia de la comunidad con otra cosmovisión - (Rescatar el sentido de la comunidad, conocerlas).

Metodología

Se seleccionan los médicos candidatos con base en la disponibilidad de trabajo en comunidad, conciencia política, etc. que se observa en el trabajo de San Pedro Xalpa.

Disciplina de grupo, disponibilidad para trabajar en equipo, discusión de grupo para toma de decisiones.

El candidato realiza 10 días de trabajo en cada comunidad, hay 5 comunidades sede, donde puede dormir, ese trabajo de 10 días se hace con los miembros de la misma comunidad, actividades de tipo curativo y preventivo.

No hay asesoría ni supervisión permanente al alumno, solamente dos veces al año.

Se adiestran auxiliares voluntarios de la misma comunidad en el manejo de algunos medicamentos. La comunidad participa en este aspecto formativo ya que ella es quién elige a los miembros del Comité de Salud.

Los integrantes del Comité de Salud no trabajan en su tierra, otros lo hacen por ellos porque ellos dan un servicio. Con respecto a la actitud de los pasantes ésta ha sido de total respeto hacia la comunidad, los pasantes han sufrido algunas crisis, por el impacto de la comunidad en su forma de ser.

La organización y la labor realizadas por los pasantes ha podido ser continua y por eso no se ha perdido su esfuerzo.

Los médicos tienen la obligación de asistir al hospital de la S.S.A. en Comitán periódicamente para informar sobre los problemas que han tenido y en general sobre sus actividades.

Fundamentos para el trabajo comunitario:

- Participación de comunidad en la toma de decisiones.
- Respeto total por la comunidad.

El comité de salud presenta un informe de actividades del médico en Comitán.

COMENTARIOS

El Plan Tojolabal es un ejemplo de socialización del conocimiento médico, teorización de la práctica médica, no se ha podido llevar a cabo sistemáticamente la investigación de - como se integra la medicina alópata a la medicina natural, es una experiencia valiosa y propia para un país como éste, dada su variedad de grupos étnicos.

En esta experiencia se encuentra la involucración total del médico en la comunidad; la cultura de la comunidad rechaza toda alteración de sus patrones y normas, de ahí que no existe otra opción que la plena incorporación del médico a la - comunidad.

Este programa tiene tales características dado que las circunstancias en las que se encuentra incerta no permiten otra posibilidad, pues se puede apreciar que la organización de la comunidad permite sólo que sean tomadas las decisiones - en conjunto.

En esta situación la educación para la salud, se puede realizar incorporando conceptos, formas de la medicina practicada por el médico en servicio social con las prácticas mágico-religiosas de la comunidad.

ANEXO 4

PRIMER SEMESTRE DE 1982

PADECIMIENTO

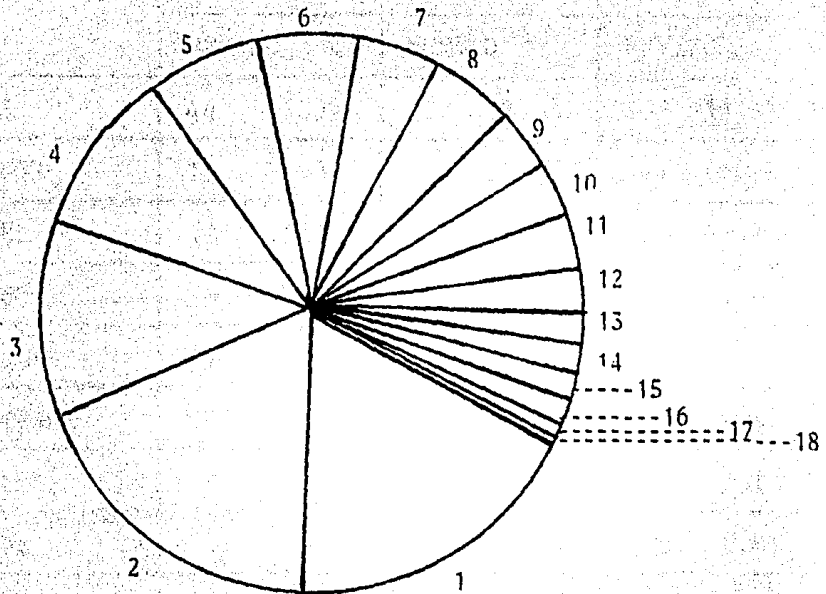
	MENOR DE 15 AÑOS	MAYOR DE 15 AÑOS	TOTAL	%
1. INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	240	69	309	22.7
2. GASTROENTERITIS	167	68	235	17.3
3. ENF. APARATO GENITO-URINARIO	6	141	147	10.8
4. ENF. PARASITARIAS	101	17	118	8.6
5. ENF. VIAS RESPIRATORIAS BAJAS	58	24	82	6.0
6. ENF. DE LA PIEL	41	35	76	5.6
7. HERIDAS Y TRAUMATISMOS	39	23	62	4.5
8. CARDIOPATIAS	4	56	60	4.4
9. APARATO DIGESTIVO (OTRAS ENF.)	9	37	46	3.3
10. ENFERMEDADES EXANTEMICAS	39	4	43	3.1
11. NEUROSIS Y OTRAS ENF. NEURALES	7	33	40	2.9
12. CONJUNTIVITIS Y ENF. DE LOS OJOS	28	6	34	2.5
13. ANEMIAS	18	7	25	1.6
14. ENF. CARENCIALES, DESNUTRICION	2	17	19	1.4

PADECIMIENTO	EDADES			%
	MENOR DE 15	MAYOR DE 15	TOTAL	
15. CARIES	12	7	19	1.4
16. REUMATISMO	-	17	17	1.2
17. OTITIS	10	3	13	.9
18. CIRROSIS HEPATICA	-	12	12	.8

Cuadro N° 1

FUENTE: Archivo del Departamento de Comunidad del -
P.M.G. I-UNAM.

ANEXO 5



Padecimientos más frecuentes en la comunidad

(Veáse Anexo 4)

"La Rosita". Enero - Junio 1982.

GRÁFICA CIRCULAR

ELABORADA POR: DORIS VERONICA ORTEGA ALTAMIRANO

ANEXO 6

OCUPACION	CONDICION EN EL EMPLEO					
	EVENTUAL		PERMANENTE		SUMA	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
OBREROS	44	47.3%	89	37 %	133	39.9%
EMPLEADOS	11	11.8%	66	27.5%	77	23.1%
CHOFERES	12	12.9%	27	11.2%	39	11.7%
MECANICOS	3	3.2%	9	3.7%	12	3.6%
DOMESTICAS	7	7.5%	5	2.0%	12	3.6%
CARPINTEROS	2	2.1 %	6	2.5%	8	2.4%
ALBAÑILES	6	6.4%	1	.4%	7	2.1%
TORNEROS	-	-	6	2.5%	6	1.8%
OPERADOR	-	-	5	2.0%	5	1.5%
COMERCIANTE	-	-	5	2.0%	5	1.5%
TODOS LOS DEMAS	8	8.6%	21	8.7%	29	8.7 %
T O T A L	93	100%	240	100%	333	100%

MARZO, 1982

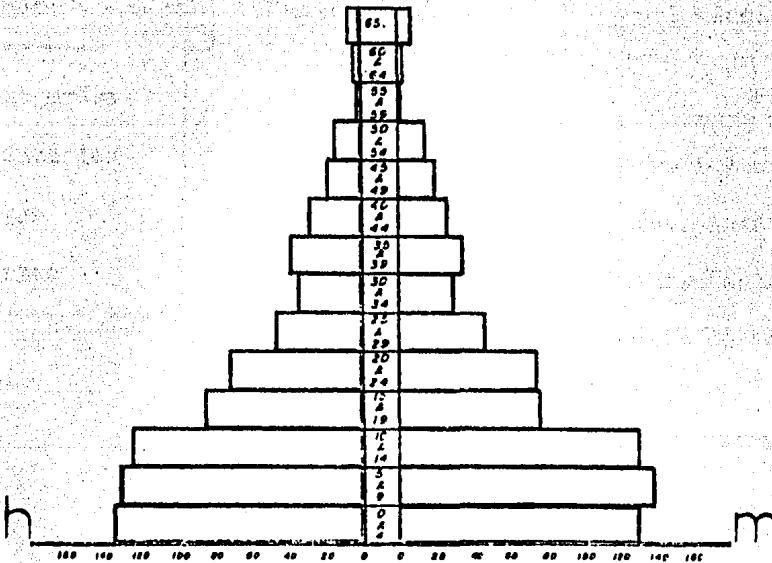
Fuente Exp. Fam. S.S.A.

CUADRO N° 2

Archivo del Departamento
de Comunidad del PMGI-UNAM

ANEXO 7

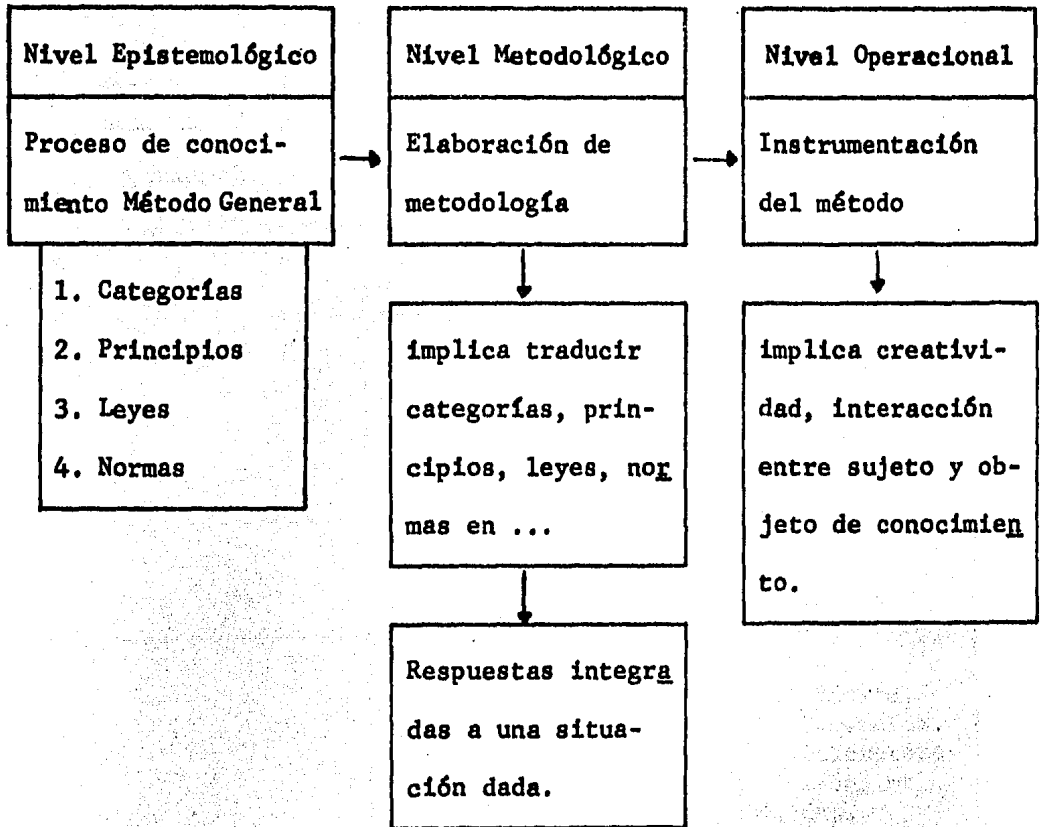
PIRAMIDE POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO DE "LA ROSITA"



ESCALA: 1mm = 2 hrs.
 FUENTE: EXPEDIENTE FAMILIAR
 Archivo del Departamento de
 Comunidad del PMGI-UNAM.

Gráfica N° 2

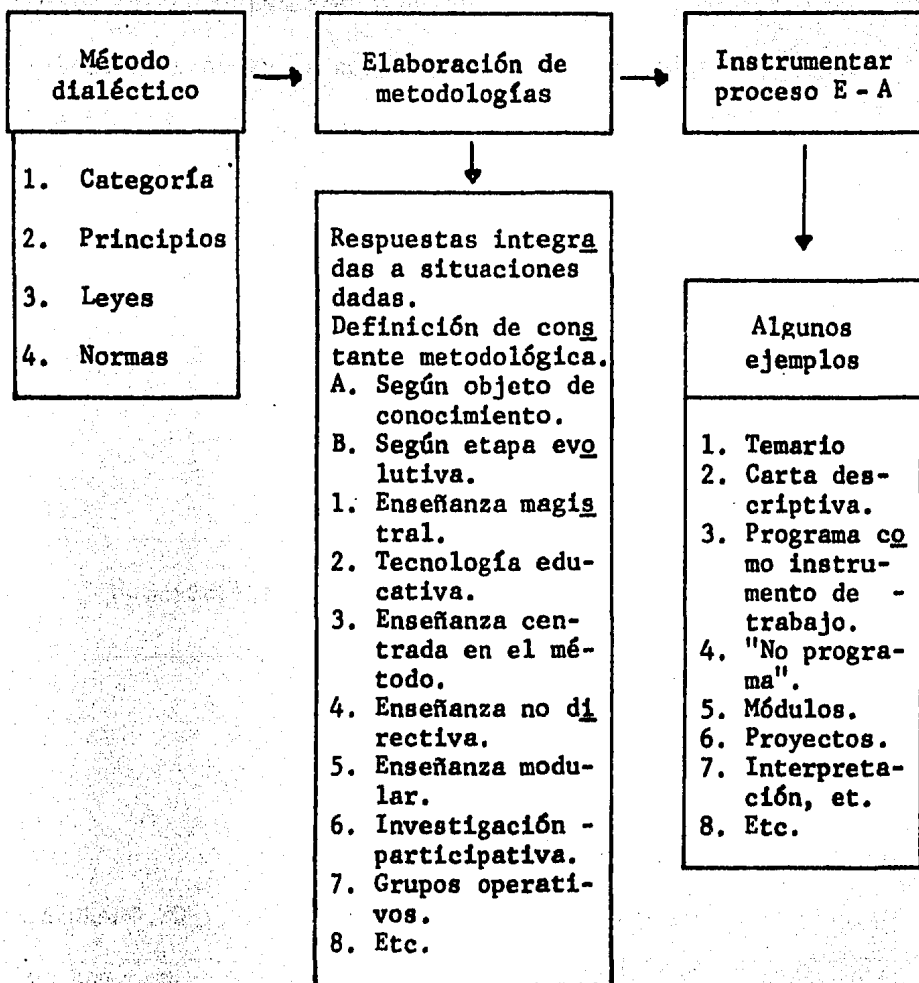
ANEXO 8



FUNDAMENTACION TEORICA I

ELABORADO POR: DORIS VERONICA ORTEGA
 Con base en: Rodríguez Azucena y Eldestein G.
 El método factor definitorio...

ANEXO 9



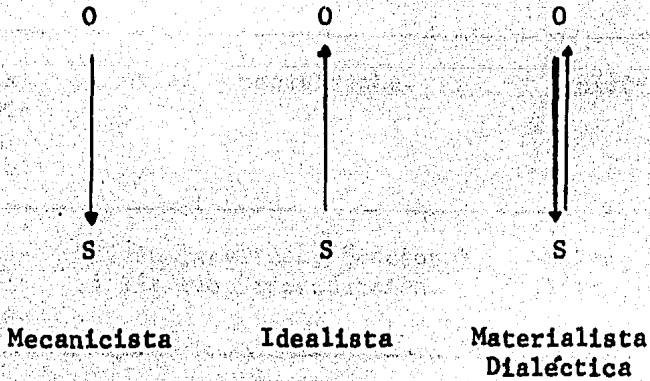
FUNDAMENTACION TEORICA II

ELABORADO POR: DORIS VERONICA ORTEGA
 Con base en: Rodríguez A y G. Eldestein
 El método factor ...

ANEXO 10

TEORIA DEL CONOCIMIENTO

Implica el proceso de apropiación del conocimiento por parte del sujeto que aprende.



ELABORADO POR: DORIS VERONICA ORTEGA ALTAMIRANO

Con base en: SHAFF, Adam. Historia y Verdad

ANEXO 11

	TEC. EDUCATIVA	ROGERS
Concepto de Educación.	Es una función social para la transmisión de conocimientos técnicos, valores, etc. de las generaciones de adultos hacia los más jóvenes para asegurar la continuidad de la sociedad.	Desarrollo de potencialidades, - (idealismo), (funcionalismo).
Teoría del conocimiento.	Material - mecanicista.	Idealista
Concepción de hombre.	Eficiente, eficaz, funcional al sistema, reproducción.	Libre, individualista.
Teoría del Aprendizaje.	Conductista	Cognoscitivista.
Educando.	Participación pasiva, su papel en la construcción del conocimiento es mínimo.	Participa libre, activo, productivo, funciona de acuerdo a su experiencia.

	TEC. EDUCATIVA	ROGERS
Educa- dor.	Coordina, dirige, programa la estructura de la experiencia educativa.	Observador facilitador crea un ambiente de aceptación, favorece la individualidad.
Uso de medios	Predominante en el proceso - educativo.	Diverso, a juicio del alumno.
Concep- to de Evalua- ción.	Con base en el logro de objetivos preestablecidos, observables.	Autoevaluación

GRUPO OPERATIVO

AUSBEL

Espacio de lucha para la liberación del hombre de las cadenas de la aprensión de clases y se debe considerar bajo el aspecto de las grandes perspectivas de una transformación radical paralela de las circunstancias y los hombre.

Adaptación del niño al medio social adulto en función del conjunto de aquellas realidades colectivas a las que la conciencia común atribuye cierto valor.

Materialista dialéctica.

Material - mecanicista

Socializado transformador.

Eficiente reproductor.

Psicoanalítica.

Cognoscitivista.

Activo en función de la tarea manifiesta y latente, se encuentra totalmente incorporado.

Activo, dirigido en función del material.

Coordina, observa la dinámica grupal, hace señalamientos

Programa dirige, coordina toma en cuenta experiencias previas.

Ocasional, poco importante.

De acuerdo a las necesidades de aprendizaje.

Evaluación continua, no medición, análisis del proceso grupal.

Con base en el logro de objetivos previamente establecidos.

ANEXO 12

METODOLOGIA	P A R T I C I P A C I O N A C T I V A	Planteamiento de intereses, creación plan de trabajo ind. delimitación de objetivos	CRONICA
Iniciación		Ejecución plan de trabajo. Discusiones sobre trabajo realizado. Aportación de experiencias.	
Compromiso		Elaboración de Productos de aprendizaje grupal.	
Autodirección		Producción	

ELABORADO POR: DORIS VERONICA ORTEGA ALTAMIRANO
 Con base en: Mac Donald James "Una evaluación de la evaluación".

GLOSARIO

ANEMIA: Literalmente, falta de sangre; clínicamente, disminución de la masa de sangre o de algunos de sus componentes, especialmente corpúsculos rojos o hemoglobina.

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

CARDIOPATIAS: (EHTA - Enfermedad, Hipertensiva, Tenso, Arterial). Término general para las enfermedades del corazón. Comprende las afecciones inflamatorias, tóxicas y degenerativas, así como las debidas a malformaciones congénitas.

CARIES: Disolución y desintegración del esmalte y dentina y putrefacción de la pulpa en último grado por la acción de bacterias productoras de ácidos.

CIRROSIS HEPATICA: Enfermedad del hígado caracterizada por la proliferación de los elementos del tejido celular de la estroma, el cual se retrae, produciendo la atrofia y degeneración y dando al órgano un aspecto granuloso amarillo, debido a la coloración de los ácinos por los pigmentos biliares, debido al uso excesivo habitual de las bebidas alcohólicas. Se caracteriza por hipertensión portal o hipotensión suprahepática.

COMUNIDAD: Unidad social con ciertas características especiales que le dan una organización dentro de un área determinada y que se caracteriza además por una convivencia próxima y duradera de determinado número de individuos en constante interacción.

CONCRETO PENSADO: Síntesis del pensamiento que reproduce un proceso histórico práctico de producción social y de producción de conocimiento.

CONJUNTIVITIS: Inflamación de la delicada membrana que tapiza los párpados (conjuntiva palpebral) y cubre la porción anterior del globo ocular (Conjuntiva bulbar u ocular).

DEPENDENCIA: Consiste en la existencia, en los llamados - países del tercer mundo, de una estructura socio-económica y predominantemente capitalista pero subordinada a las potencias imperialistas; pero además indica que esta estructura no está normada por todas las leyes de desarrollo del capitalismo, clásico europeo, ni se trata de una situación históricamente anterior al modelo clásico.

DIDACTICA: Campo pedagógico que marca los lineamientos para las estrategias de acción en la práctica educativa con base al análisis de los elementos que participan en ella, encaminados a cambiar esquemas de acción, estimuladores del espíritu crítico y creador.

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO: Son aquellos fenómenos que se producen en un organismo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, esto alterando el estado fisiológico, histológico, anatómico del aparato digestivo.

ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO: Son aquellas entidades patológicas ocasionadas por diversos agentes, así como su repercusión sobre el aparato urinario por su necesidad a los genitales, y a las alteraciones del aparato urinario ocasionadas por diversas patologías ligadas o no al aparato genital.

ENFERMEDADES EXANTEMATICAS: Diversas enfermedades que pueden tener distintas etiologías y que se manifiestan por erupciones en la piel que no desaparecen por la presión del dedo, como el sarampión, escarlatina, etc., se observan por lo general en los niños pequeños y se acompañan de fiebre.

ENFERMEDADES PARASITARIAS: Aquellas enfermedades producidas por organismos que viven dentro y fuera de otro (huésped) y a sus expensas. Por ejemplo: amibiasis.

ENFERMEDADES DE LA PIEL: Aquellas entidades patológicas que afectan la membrana gruesa, resistente y flexible, que cubre el cuerpo, el tegumento externo que a nivel de los orificios naturales se continúa con las mucosas, y sus anexos, pelos, uñas, etc.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS BAJAS: Alteraciones que se localizan de bronquios secundarios hasta - bronquiolo terminal.

GASTROENTERITIS: Es la inflamación del estómago y de los - intestinos, la cual puede ser debida a distintos - procesos patológicos.

INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS: Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivientes patógenos, y acción morbosa de los mismos y reacción consecutiva por parte del aparato respiratorio.

HERIDAS Y TRAUMATISMOS: Lesiones producidas por una violencia exterior, que alteran la anatomía y fisiología del organismo.

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

MODO DE PRODUCCION CAPITALISTA: Está constituido por la -
unidad de unas fuerzas productivas altamente desa-
rrolladas que le imprimen un carácter básicamente
social a la producción, con unas relaciones de pro-
ducción sustentadas en la apropiación privada de
la plusvalía, es decir, sustentadas en la explota-
ción del proletariado por la burguesía. Los requi-
sitos para la existencia de un modo de producción
capitalista son: en primer lugar la existencia de
una fuerza de trabajo libre, es decir, la existen-
cia de hombres libres de medios de producción, des-
poseídos de todo medio de sustento, con la excep-
ción de su propia energía. En segundo lugar, la -
existencia de un mercado de cambio por dinero tan-
to del trabajo libre como de los productos de di-
cho trabajo. En tercer lugar y como premisa de lo
anterior, una profunda división del trabajo (fruto
del desarrollo de las fuerzas productivas) que -
crea la necesidad de un mercado para abastecer a -
las diferentes ramas de la producción.

En cuarto lugar la previa acumulación de riquezas en manos de una minoría: la clase burguesa.

NEUROSIS: Alteraciones o afecciones funcionales del sistema nervioso sin lesión actualmente demostrable y de menor gravedad que las psicosis, también se denominan psiconeurosis.

OTITIS: Inflamación aguda o crónica del oído, puede presentar formación de tejido fibroso, puede también ser primitiva o consecutiva a diversos estados infecciosos, locales o generales.

REUMATISMO: Enfermedad del tejido conjuntivo cuyos síntomas destacados son el dolor y la rigidez de alguna porción del aparato locomotor.

TOTALIDAD CONCRETA: La continuidad absoluta entre estructuras y conjuntos, más las manifestaciones fenoménicas de estas relaciones de continuidad.

BIBLIOGRAFIA

- ATRIAN, M y J.A. Yrizar. Algunas Reflexiones en Torno a los Sistemas de Enseñanza Modular en el área de la Salud en México. En Rev. de Educación Superior. México - V 12 N 1 (45) Enero - Marzo 83 pp 110-132.
- BARCO, Susana. "Antididáctica o Nueva Didáctica". En Illich. Iván, et al. Crisis en la Didáctica. Rev. de Ciencias de la Educación. Axis, B.A. (Aportes de teoría y práctica de la educación, 2da. parte) 1975 125 p.
- BASTIAS, Manuel. Programa Padre e hijos "Educación Comunitaria para la familia popular". En Rev. Latinoamericana de Estudios Educativos. México. Vol. XI N.3 1981 pp. 97-110.
- BARTRA, R. Breve Diccionario de Sociología Marxista. Grijalbo. México. 1973 149 p.
- BAULEO, Armando. "Aprendizaje Grupal". En su Ideología, Grupo y familia. Folios Ediciones. México 1982 pp. 17-25.
- BERLINGUER, Giovanni. Salud, Ciencia y Sociedad. Tr. por - Fabio Morábito, Mimeógrafo, 52 p. s/f.

- BLEGER, José. "Grupos Operativos en la Enseñanza". En su Tema de Psicología (Entrevista y Grupos). 10a. Nueva Visión. B.A. 1979 pp. 56-86
- CELIS, y Nava, J. Patología de la Pobreza. En Rev. Médica del Hospital General. México. V. 33, 1970 pp. 297-314.
- COPLAMAR. "Marco Conceptual". Necesidades Esenciales de México: Situación actual y perspectivas al año 2000. Vol. 4, Salud. Siglo XXI, México 1982. 447 p.
- CONGRESO Nacional de Investigación Educativa. "Comisión Temática de Desarrollo de la Tecnología Educativa". Documentos Base. Vol. I. México 1981 pp. 447-542.
- EDELSTEIN, Gloria y Rodríguez A. El método: Factor Definitivo y Unificador de la Instrumentación Didáctica. Mim.
- ENGLER, T. Rol Médico en el trabajo de la Educación para la Salud en la Comunidad. En Rev. Educación Médica y y Salud V. 15, N° 2, 1981
- FALS, B.O. Por la Práxis. El problema de como investigar la realidad para transformarla. Mimeógrafo s/f. Bogotá 21 p.

- FREIRE, Paulo. La Educación como Práctica de la Libertad. - Tr. por Ulien Ronzoni. 22°. Siglo XXI. México 1978, 151 p.
- La Pedagogía del Oprimido. Tr. por Jorge Mellado. - 27°, Siglo XXI. México 1981. 245 p.
- FRENK, Julio. Salud, Educación y Medicina: expectativas y limitaciones. En Ciencia y Desarrollo. México N° 26, mayo - junio, 1979. pp. 133-138.
- GANDRA, Domingo. Das Dr. El concepto de Comunidad y su Relación con los Programas de Salud. En Educación Médica y Salud. Vol. II, N° 3. 1977 pp. 205-236.
- GERMANI, Gino. El concepto de Marginalidad. Nueva Visión, B.A. 1980, 110 p.
- GILLY, Adolfo. "El desarrollo capitalista". En su La Revolución Interrumpida. México 1910-1920: una Guerra Campesina por la Tierra y el Poder. 7a., El Caballito, México, 1975. pp. 7-28.
- "1910" op. cit. pp. 29-48.

GOMEZJARA, Fco. Técnicas de Desarrollo Comunitario. 2a., Nueva Sociología, México 1980. 374 p.

GONZALEZ, Carbajal, E. Como la Educación para la Salud puede Promover la Salud para todos a través de la Participación de la Comunidad en el Ambiente Urbano. En Salud Pública de México. Epoca VI. V - XXIV. N° 1 Enero-Febrero, 1982. pp. 49-54.

GRUPO 9107. Estudio Descriptivo de la Comunidad "La Rosita". Cuajimalpa, D.F. Programa de Medicina General Integral. FAC. Medicina. UNAM. sep. 1982. 27 p.

KOSIK, Karel. "Dialéctica de la Totalidad Concreta". En su Dialéctica de lo Concreto. Tr. por Adolfo Sánchez Vázquez. 8a. Grijalbo, México 1983. pp. 25-77.

LA BELLE, Thomas. Educación no formal y cambio social en América Latina. Tr. por Ma. Elena Vela. Nueva Imágen, México 1980. 288 p.

- LAURELL, Asa C. "Prólogo". En Breilh R. Jaime Epidemiología Economía - Medicina y Política. Hacia una Investigación Médica en la Transformación y una Transformación de la Investigación en Salud. Universitaria. México 1979. pp. 1-12
- LOPEZ, Acuña. D. "Hacia una Cultura Política de la Salud". En su La Salud Desigual en México. Siglo XXI. México 1980. pp. 9-19.
- "Panorama de la Situación de la Salud en México"
Op. cit. pp. 20-94
- MAC DONALD, J. Una Evaluación de la Evaluación. Tr. por Carmen García. Resumen de su artículo "An evaluation, of evaluation. En Urban Review V. 7 N° 1
- MARQUIS, Carlos. Guía de Trabajos Prácticos de Desarrollo Comunitario. Mimeógrafo. México Junio 1981. 17 p.
- MASCARO, José Dr. et al. Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas. 12° Salvat Mexicana 1979. 1073 p.
- MATA, García B. Un Modelo Alternativo a la Educación y Capacitación Campesina en México. Dirección de Difusión Cultural; UACH. Edo. de México 1981. 62 p.

- MONTAÑO, Jorge. Los Pobres de la Ciudad en los Asentamientos Espontáneos. Poder y Política. 2a. Siglo XXI. México 1979. 224 p.
- MONTES DE OCA, F. Definición de los Niveles de Atención - Documento interno de trabajo CIATES-México s/f 42 p.
- NASSIFF, Ricardo. "Las tendencias pedagógicas en América Latina (1960-1980). En El Cambio Educativo. Situaciones y Condiciones. (Proy. Desarrollo y Educación en América Latina y el Caribe / B.A. / UNESCO / CEPACIANUD), 1981. pp. 89-126
- SAN MARTIN, Hernán. "Determinación del nivel de Salud". En - su Salud y Enfermedad. Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social. La Prensa Médica Mexicana. - México 1978, pp. 105-112.
- SHAFF, Adam. "La relación cognoscitiva. El proceso de conocimiento. La Verdad". En su Historia y Verdad. Tr. por Ignasi Vidal. Grijalbo, México 1979. pp. 73-116.
- TIMIO, Mario. Clases Sociales y Enfermedad. (Introducción a una Epidemiología diferencial). Tr. por Mariela - Alvarez. 3a. Nueva Imágen. México 1981. 144 p.

TORRES, Novoa, C. Teoría de la dependencia: Nota crítica -
sobre su metodología histórica - estructural. Rev.
Nueva Sociedad No. 42. Mayo - Junio 1982.

VEGA, López E. En Torno a la Teoría Materialista del Cono-
cimiento. Mimeógrafo 1982. 13 p.

VILLARREAL, Ramón Dr. Educación de la Comunidad para la Sa-
lud. En Gaceta Médica de México. México Vol. 115 -
Nº 7, Julio 1979. pp. 291-300.

"Vislumbro una época en que la sociedad producirá lo suficiente para llenar las necesidades del bienestar individual y de la salud colectiva; y en que cada miembro de la comunidad contribuirá de acuerdo con sus habilidades. Estas cosas se obtendrán como un derecho natural y de justicia y no como dádiva.

Vislumbro una época en que no habrá sufrimiento innecesario ni muerte prematura; en que el bienestar de la población sea nuestra preocupación principal; en que los sentimientos de humanidad reemplacen a los de egoísmo. Todas estas cosas se lograrán a través de la inteligencia del hombre.

Pienso en ellas no con la esperanza de beneficiarme individualmente, sino con la alegría de poder ayudar a que otros, después de nosotros, puedan gozarlas.

Cuando los jóvenes tienen visión, los sueños de los viejos se hacen realidad".

M. J. Rosenau