

LA EDUCACION EN SALUD. BASE PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO¹

Augusto Schuster Cortés²

Antecedentes conceptuales

El concepto de capital humano

Una conclusión fundamental emanada de investigaciones recientes y parte esencial de la modernización de las economías de los países de bajos ingresos es la disminución de la importancia de los recursos naturales, tales como la tierra cultivable, consecuencia de la urbanización, y la valorización cada vez mayor del desarrollo integral de los recursos humanos. El factor de pobreza de los pueblos no lo constituye tanto el problema de la tierra cultivable como el del agente humano; por lo tanto, es necesario invertir en el mejoramiento de la calidad de la población para alcanzar un desarrollo económico que haga posible el bienestar general. El grupo de bajos ingresos de los países en desarrollo es, en cierta medida, el prisionero eterno de una pobreza acorazada que la economía por sí sola es incapaz de abatir. Para liberarlo, es preciso hacer inversiones en su salud y su educación. El conocimiento cada vez mayor de la nutrición, el cuidado maternoinfantil, la capacitación en el hogar y en el trabajo, la entrega de información y el desarrollo de habilidades a través de la enseñanza y otros medios, pueden mejorar la calidad de ese capital humano. No obstante el éxito de

este tipo de inversiones destinadas a lograr el objetivo ya descrito, se ha observado que la perspectiva económica mejora cuando los países de bajos ingresos han alcanzado una estabilidad política.

Pese a que una definición satisfactoria del concepto de capital humano está sujeta a las mismas limitaciones que las definiciones del capital en los distintos modelos económicos, cabe destacar que su valor adicional depende directamente del bienestar general de los individuos que lo constituyen. El capital humano es directamente responsable de la productividad, sea esta agrícola, del hogar o de otra índole, y asimismo del rendimiento del tiempo y de otros recursos que se destinan a la educación, especialmente durante la etapa escolar.

El nivel de calidad del capital humano tiene un costo y adquirirlo presupone un gasto que, al recuperarse, redundará tanto en beneficio individual como general. Cuando este valor recuperado excede los costos de la inversión hecha, se ha logrado mejorar la calidad de la población.

La salud como valor integral del desarrollo

En la teoría del capital humano, el estado de salud de cada individuo se considera como un valor; es decir, como un capital integral que contribuye al desarrollo individual y colectivo en los países. La calidad de ese capital integral es en parte heredada y en parte adquirida, depreciándose a través del tiempo a razón de una

¹ Trabajo presentado a la Conferencia Interamericana sobre Educación para la salud, 1-4 de junio de 1981, San Juan, Puerto Rico.

² Ministerio de Salud Pública. Dirección Postal. Barcelona 2018, Depto. 305, Santiago, Chile.

tasa creciente en la última etapa de la vida.

La inversión bruta en capital humano no implica costos de adquisición ni de mantenimiento y comprende, entre otras cosas, el cuidado maternoinfantil, la nutrición, el vestuario, la vivienda y la atención que proporcionan los servicios de salud. "La capacidad de trabajo que proporciona la salud y que depende del tiempo saludable o tiempo sin enfermedad, es capital, para las actividades de trabajo, recreación y tiempo libre" (1).

Theodore Schultz, Premio Nobel de Economía en 1979, ha manifestado que el único mecanismo que hace más igualitaria la distribución del ingreso en los países menos desarrollados es la inversión en capital humano. Indica que la clave para disminuir la desigualdad existente es el aumento de la producción a través de una mayor inversión en ese capital. La educación y la salud son inversiones decisivas para incrementar y mejorar la capacidad productiva del individuo (2).

mejores potencialidades físicas, psicológicas y espirituales, que lo habiliten para ser el agente de su propio crecimiento y, en segundo lugar, el desarrollo de su inteligencia, creatividad y capacidad de creer y amar, que le permitan percibir y lograr los cambios necesarios para el mejor bienestar de su familia y de su comunidad (figura 1).

El impulso inicial para el desarrollo integral del individuo debe partir del niño, que mediante el propio proceso, busca participar más activamente en los beneficios que brinda la civilización, alcanzando de esta manera un mayor conocimiento y valorización de sus cualidades humanas. El gran objetivo del desarrollo integral del individuo, desde la niñez, es mejorar la calidad del capital humano para que el mundo disfrute de mayor bienestar. Para lograr este objetivo en América Latina, es preciso considerar los factores que inciden en el nivel de salud, especialmente en lo que concierne al niño.

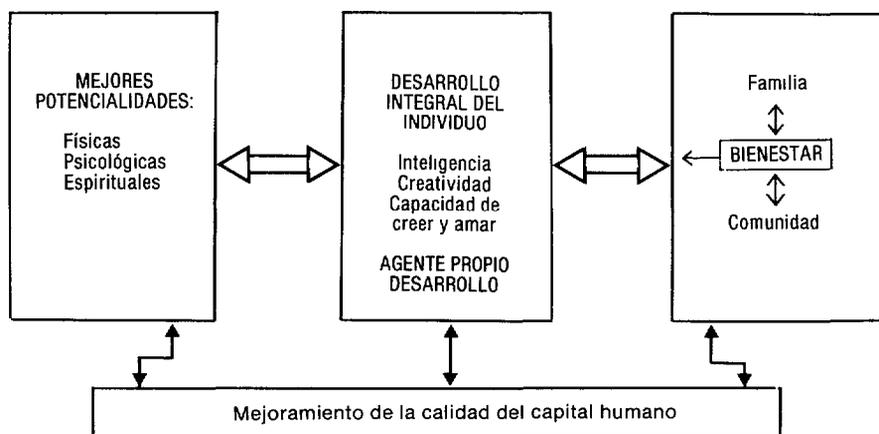
Nuevos enfoques en salud

El desarrollo integral en la niñez

Por desarrollo integral del individuo se entiende, en primer lugar, el logro de sus

En el curso del decenio de 1970 surgieron importantes cambios conceptuales y nuevos enfoques sobre salud, que se ma-

FIGURA 1—Mejoramiento del capital humano mediante el desarrollo integral del individuo.



terializaron en el Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980). Un ejemplo es el concepto ecológico de la salud y la participación de la comunidad como entidad organizada en programas destinados al fomento, protección y recuperación de la salud (3). Un 37% de la población de las Américas se encuentra aún sin acceso a la atención de salud, por las condiciones socioculturales derivadas de la migración del campo a la ciudad, ruralización de los sectores urbanos marginales y otros factores. La urgencia de extender la cobertura de los servicios de salud recientemente ha puesto de relieve la necesidad de crear más servicios de salud en zonas rurales, mejorar y ampliar los existentes y procurar poner los beneficios de la salud al alcance de todos (figura 2) (3).

De las proyecciones sobre la prevención de riesgos y conservación de la salud mediante una mayor cobertura, surgió el

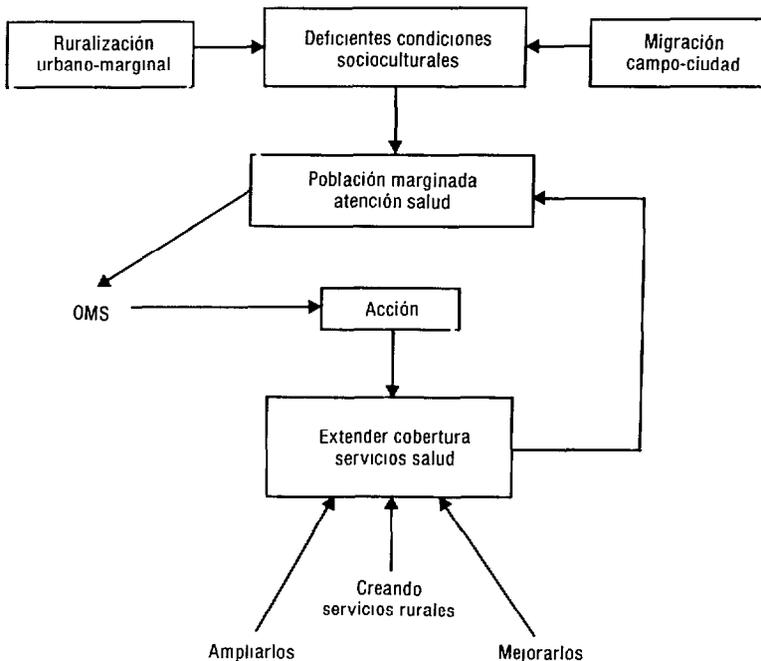
concepto de atención primaria, que pone énfasis en la educación en salud y en la necesidad de incorporar un conjunto de acciones poco complejas pero efectivas al ámbito del individuo, la familia y la comunidad.

La coordinación de salud y educación en beneficio de la niñez

Los riesgos para la salud del niño en América Latina

Debido a factores genéticos y ambientales, en América Latina la infancia está expuesta a riesgos que amenazan su crecimiento físico y desarrollo psicosocial. En consecuencia, los indicadores de salud infantil son sumamente sensibles a las varia-

FIGURA 2—Advertencia de la OMS sobre la necesidad de extender la cobertura de los servicios de salud en América Latina.



ciones de los niveles y condiciones de vida. La edad de la madre ha sido señalada como factor importante en las defunciones infantiles, lo cual entraña especial relevancia en los países de América Latina, donde muchas mujeres comienzan su vida en pareja desde edad temprana. Entre madres muy jóvenes se observa una mayor frecuencia de recién nacidos con peso bajo, factor que aumenta la tasa de mortalidad infantil, en particular, la neonatal. La deficiencia nutricional de la madre y el orden del nacimiento son también causas determinantes no solo de la mortalidad sino del crecimiento y desarrollo limitado del niño, que puede constituirse en un factor negativo para las futuras madres.

Es conveniente destacar que, en la mayoría de los países latinoamericanos, la lactancia materna ha disminuido notablemente. Esta tendencia, junto con la presencia de las enfermedades prevenibles como la difteria, la tos ferina, el tétanos y el sarampión, ha contribuido a acrecentar cuantitativamente la mortalidad infantil.

La América Latina tiene aún un número muy importante de niños menores de cinco años que están creciendo en condiciones sanitarias, culturales y sociales absolutamente deficientes y que, por esta causa, no lograrán alcanzar su desarrollo integral. Para evitar que estos niños pasen a integrar los grupos de extrema pobreza de sus países, que constituyen un grave impedimento para el progreso, es fundamental concentrar los esfuerzos en agotar todos los mecanismos que permitan entregarles oportunamente, no solo los conocimientos necesarios para conservar la salud, sino el estímulo necesario para desarrollar todo su potencial genético. Hay buenas razones para creer que puede lograrse una disminución significativa en todos los riesgos de salud prevalecientes en esta región, si las políticas de educación en salud de los países se orientan de manera que incluyan a todos los integrantes del núcleo familiar.

Importancia de las políticas gubernamentales

La necesidad, evidente en las últimas décadas, de buscar nuevos caminos para extender la cobertura de las acciones de salud, especialmente a los grupos expuestos a mayor riesgo, ha llevado a comprender mejor la importancia de que se establezca una relación coordinada entre la educación y la salud. Basándose en este reconocimiento, los países latinoamericanos han tomado una nueva dirección en sus políticas sectoriales, que se ha traducido, entre otras cosas, en la creación de comisiones mixtas de educación y salud cuyo objetivo principal ha sido la elaboración de programas integrados en estas dos áreas.

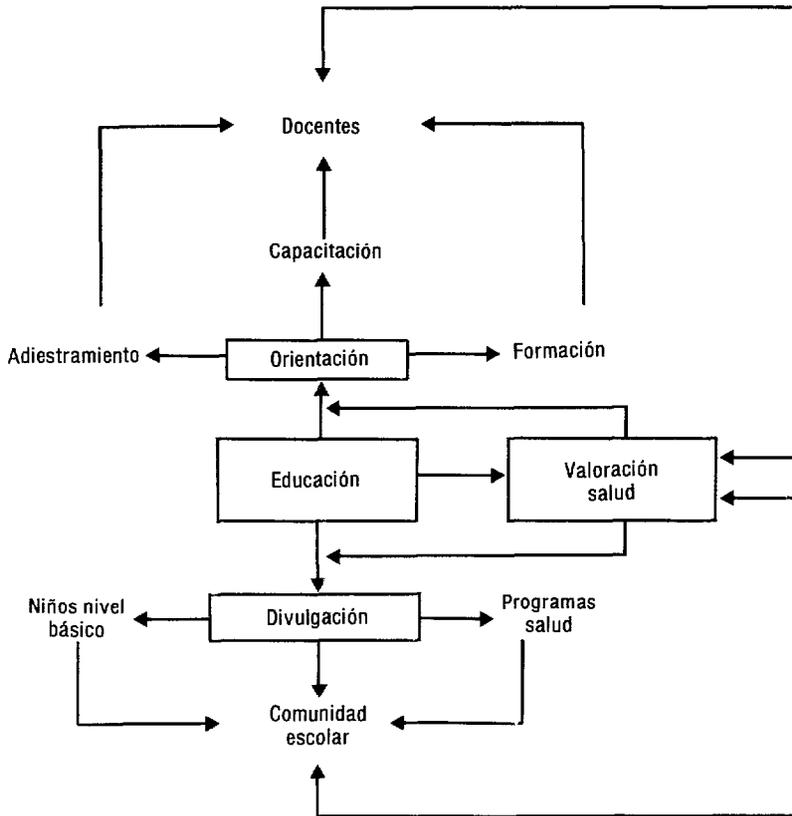
Por otra parte, la aplicación práctica del concepto de la atención primaria de salud ha presentado mayores oportunidades para desarrollar esos programas integrados, que llegan fácilmente tanto al individuo como a su núcleo familiar.

La situación en Chile

Los objetivos y metas de las políticas de educación y salud en Chile armonizan con las de desarrollo económico y de integración nacional, procurando dar plena vigencia tanto a los derechos ingénitos del individuo como a su proyección social. En este sentido se procura con especial empeño que se alcance el desarrollo integral a través de la enseñanza en la conservación de la salud (figura 3).

El sector educación. A este sector del país corresponde la tarea de orientar la formación, capacitación y adiestramiento de los docentes para obtener que la escuela se constituya en el centro que irradie los conocimientos sobre la valorización de la salud que todo individuo debe poseer. Los programas referentes a la salud se divulgan en la comunidad escolar a través de los niños del nivel básico que actúan como

FIGURA 3—El sector educación fomenta y promueve la valoración de la salud.



promotores del desarrollo integral de los menores.

El sector salud. La organización de los cuidados de salud se basa en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que ofrece a lo largo del país actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en niveles de atención que varían en cobertura y complejidad.

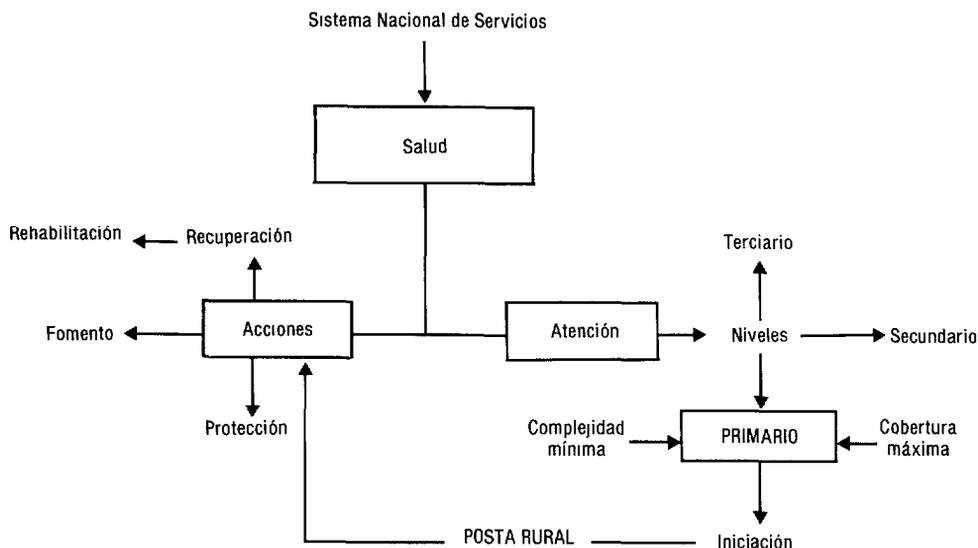
El Sistema se inicia con el nivel primario, en el cual la atención de salud se caracteriza por una cobertura máxima y una complejidad básica o primaria. La posta rural es el primer eslabón del nivel primario de atención, encargado de realizar acciones integradas de salud y educación, especialmente en comunidades pequeñas y de difícil accesibilidad (figura 4). La posta rural cuenta con un auxiliar

de salud permanente debidamente seleccionado y adiestrado, y con el apoyo del equipo profesional en rondas periódicas, además de un equipamiento mínimo, medicamentos básicos y un manual de normas técnicas.

El Programa Internacional *Child-to-Child* (Niño Ayuda al Niño)

El Programa Internacional *Child-to-Child* se originó en 1977, en los Institutos de Educación y Salud Infantil de la Universidad de Londres, con el trabajo del Dr. David Morley de la Unidad de Salud de Niños del Trópico, Instituto de Salud Infantil. Se basa en la interacción entre niños para promover la salud, especial-

FIGURA 4—El Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile se inicia en el nivel primario con la posta rural.



mente en lugares donde los recursos son insuficientes. Su metodología consiste en enseñar los conocimientos y hábitos básicos de salud a niños preadolescentes, que luego actúan como monitores de pequeños grupos de párvulos. Incluye actividades simples de prevención, fomento y aun de curación, apropiadas para la situación local, las cuales son demostradas en las escuelas para que se extiendan a las familias y a la comunidad en general. No hay reglas fijas ni rígidas en el programa y los encargados de la salud infantil y la comunidad eligen aquellas actividades adecuadas a las necesidades locales que se prestan para que los niños mayores enseñen a los menores. El programa puede, por lo tanto, adaptarse para su aplicación a la realidad social, cultural y económica de cualquier país (4).

Con la interacción que el programa desarrolla entre los niños, se propone estimular a los escolares para que se preocupen por la salud propia y la de sus hermanos menores y otros niños de la comunidad, además de ofrecerles, a través de una educación personalizada, una

oportunidad para alcanzar un desarrollo integral completo realizando un aporte significativo para obtener una población física y mentalmente sana. El programa además promueve las relaciones de los niños ayudantes con sus profesores y diferentes elementos de la comunidad, de modo que al terminar el ciclo de enseñanza básica e ingresar a la educación media, puedan incorporarse a actividades voluntarias en su comunidad, especialmente en lo que atañe a la educación extraescolar de niños que viven en zonas marginales urbanas y rurales.

Desde su creación, el programa ha sido adoptado y ha continuado su desarrollo en distintas regiones del mundo. Actualmente cuenta con un comité consultivo que mantiene correspondencia con más de 100 países (4).

La experiencia en Chile

El Programa Niño Ayuda al Niño representa una de las actividades más sobresalientes que Chile ha emprendido como

aporte al Año Internacional del Niño (1979) declarado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Opera dentro del sistema educativo de la escuela básica urbana marginal, cuyo programa de enseñanza está basado en las normas del Ministerio de Educación Pública de Chile. Mediante el programa se aspira a señalar un nuevo sendero dentro del sistema, que brinde la oportunidad de un desarrollo integral tanto a la población marginal urbana como a la población rural. El objetivo principal se centra en la capacitación de niños para alcanzar un mejor desarrollo mediante el mayor cuidado y preservación de la salud, el cual constituye un componente esencial de la formación integral (figura 5).

La estrategia fundamental consiste en llevar a cabo una serie de acciones programadas a través de niños ayudantes de 12 a 14 años de edad, provenientes de las escuelas de nivel básico, que se convierten

en agentes del desarrollo integral de los niños de 4 a 6 años de edad del nivel preescolar. Las acciones se basan en el marco teórico del currículo cognoscitivo de Jean Piaget (5), sistema que permite estimular el pensamiento de los niños, haciendo más fácil y productiva la interacción entre ellos.

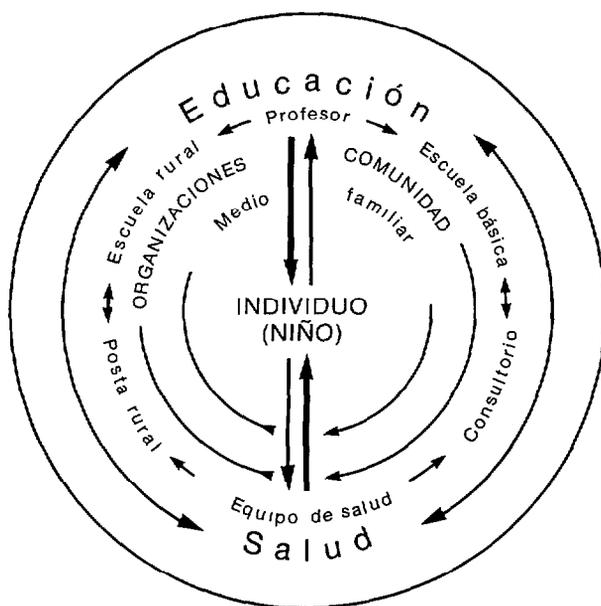
Métodos

Para implantar el Programa Niño Ayuda al Niño, especialmente en zonas de bajo nivel socioeconómico y cultural, hay que crear los mecanismos necesarios para seguir las tres etapas siguientes:

Primera etapa

- Elección de escuelas adecuadas para realizar el Programa.

FIGURA 5—Correlación de los diversos elementos que actúan en conjunto para el desarrollo integral del individuo.



- Capacitación de los agentes de desarrollo integral: profesores, educadores de párvulos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería, padres de familia, niños ayudantes y otros elementos de la comunidad que se estimen aptos para realizar las actividades del Programa.

La capacitación de estos agentes depende de la realización de talleres basados en la dinámica de grupo y en la aplicación de contenidos de fomento y protección de la salud que se sintetizan en el libro *Niño Ayuda al Niño* (4).

- Ejecución de talleres de trabajo para los niños. En esos talleres participa un niño ayudante por cada cinco párvulos, por un período de 35 a 45 minutos al día.

El trabajo asume las formas de juego que atraen a los niños, tales como dibujo, modelado, dactilopintura, recortados, expresión corporal, expresión rítmica, teatro de títeres, interpretación de personajes y situaciones, observación del medio, y la actividad de ver, juzgar y actuar (figura 6).

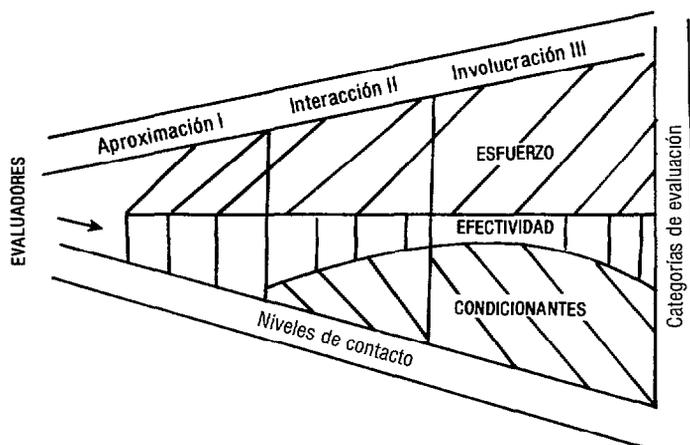
- Evaluación diagnóstica, formativa y sumaria cada 15 días.

Para la validación del Programa se aplica la metodología evaluativa participante como es la del modelo de Alkin, C. M. (figura 7), que requiere de la colaboración de tres instancias de acuerdo al diseño. Considerando las tres categorías evaluativas, actúan como evaluadores: a) los profesores involucrados en el Pro-

FIGURA 6—Talleres de trabajo en que los niños ayudantes intervienen, con supervisión de un adulto.



FIGURA 7—Modelo de la metodología evaluativa participante.



grama; b) la comunidad educativa, y c) la comunidad familiar y poblacional.

Segunda etapa

- Coordinación de las actividades escolares del Programa con el nivel primario de atención de salud.

Una vez desarrollada la primera etapa, se efectúa una estrecha coordinación entre el profesor rural, su niño ayudante y el auxiliar de salud de la posta rural, quienes se comprometen a colaborar para elevar el grado de salud de la localidad.

- Participación dinámica y constante de los agentes del Programa mediante reuniones semanales en las que se analizan temas de atención primaria de salud que luego pasarán a integrarse a la participación activa de la comunidad.

Con este mecanismo, los niños ayudantes aprenden una nueva forma de trabajo que consiste en realizar talleres o laboratorios de investigación sobre la realidad sanitaria de su familia y de su medio. Se analizan las situaciones que los niños aportan de su propia experiencia y que les sirven de vehículo para percibir la realidad y llegar a la búsqueda en común de

nuevas maneras de solucionar los problemas de salud de su comunidad.

Tercera etapa

- Incorporación del adolescente generador de salud a organismos de la comunidad.

Esta visión prospectiva del Programa supone el seguimiento del preadolescente niño ayudante, que una vez finalizados su adiestramiento y funciones durante la primera y segunda etapa, presta servicios como generador de salud. En esta fase, el adolescente tiene la posibilidad de optar por participar en organizaciones relacionadas con el grupo familiar (centros de madres, juntas de vecinos, centros abiertos, etc.) o con la comunidad (grupos de niños exploradores, clubes deportivos, organizaciones religiosas y otras), según sea su interés o aptitud especial.

Comentarios

Todos podemos ser maestros unos de otros. Muchos niños tienen pocas oportunidades de desarrollarse porque viven

en sectores demasiado poblados con poco espacio para jugar, se quedan solos y no tienen ocasión de usar el lenguaje o no tienen suficiente variedad de cosas con qué jugar que estimulen sus sentidos, vocabulario, aptitud espacial y otras percepciones. Aun en la pobreza se puede mejorar la salud aprendiendo a usar mejor los alimentos disponibles, eliminar los insectos dañinos, tratar afecciones comunes sin medicamentos caros, o ayudar a los niños a adquirir experiencias variadas a través de los juegos. En el Programa que se ha descrito, los niños mismos adquieren la importante experiencia de planificar y realizar, bajo supervisión, la enseñanza de esas nociones básicas de salud. Cabe destacar, sin embargo, que los principios promulgados en el Programa están dirigidos no solo a los niños sino también a su familia, a cada miembro de la comunidad, a los trabajadores de salud, a los profesores de las escuelas y, por último, a todos aquellos que se encuentran en los niveles de decisión.

Conclusiones y recomendaciones

En vista de que unos 350 millones de niños de los países en desarrollo aún no disponen de un mínimo de servicios esenciales en materia de salud, nutrición y educación, la OMS acoge la iniciativa del Programa *Child-to-Child* y lo recomienda a todos los que se interesan en el bienestar de los niños y de la juventud. Debe recordarse que ningún país, cualquiera que sea su grado de desarrollo, puede atender por sí solo las necesidades de su población en esas áreas. Por consiguiente, es fundamental que los padres de familia, los niños mayores y otros elementos de la comunidad desempeñen un papel prominente en la organización y práctica de los programas orientados hacia la salud y educación de la niñez.

Las autoridades educativas chilenas

han acogido con gran entusiasmo la idea básica del Programa *Child-to-Child* como medio efectivo de apoyar el desarrollo integral tanto del párvulo como del preadolescente, a través de actividades entre niños, orientadas y apoyadas por sus maestros. Es importante que los sectores de la educación, la salud y las organizaciones comunitarias así como los integrantes del medio familiar estén representados en esas actividades.

La educación y la salud son inseparables y se complementan en metodología y contenido. La acción conjunta de ambos sectores debe desarrollarse en el nivel primario escolar, momento más oportuno para orientar al individuo en la protección y conservación de la salud. Los esfuerzos por fomentar y proteger ese derecho humano deben intensificarse entre las familias que, por estar expuestas a mayores riesgos, pueden dar origen a niños limitados en su desarrollo integral. La cobertura gradual y progresiva que caracteriza al Programa descrito y el énfasis en llegar a los niños de las familias en riesgo de las zonas urbanas y rurales, así como la incorporación al Programa de sus padres y comunidades, pueden contribuir eficazmente a romper el círculo de la miseria.

Como marco fundamental para hacer realidad los planteamientos anteriores, es necesario que los gobiernos, al formular sus presupuestos, den preferencia a las actividades de educación y salud. Es esta la llave que abre las puertas del desarrollo a los pueblos, logrando de esta manera mejorar progresivamente la calidad de su capital humano.

Resumen

Cada día se hace más evidente que el progreso económico de los países de bajos ingresos depende del mejoramiento de la calidad de su capital humano. El estado de

salud del individuo, que afecta su capacidad productiva, puede considerarse como un valor integral que contribuye al desarrollo individual y colectivo en los países. La educación y la salud se complementan en contenido y metodología y son inversiones clave para realzar la calidad de las poblaciones y, en consecuencia, su productividad. Los nuevos enfoques en salud que surgieron en el decenio de 1970 y se expresaron en el Plan de Salud para las Américas, pusieron de relieve la necesidad de coordinar las actividades de salud y educación e incorporarlas al ámbito del individuo, la familia y la comunidad. Los países latinoamericanos han respondido con nuevas políticas sectoriales para la elaboración de programas integrados en esas dos áreas. Así se ofrecen las condiciones que permiten al individuo lograr sus mejores potencialidades físicas, psicológicas y espirituales, impulsando el desarrollo integral, que debe partir de la niñez, momento más oportuno para orientar al individuo en la protección y conservación de la salud. Los indicadores de salud infantil en América Latina son sumamente sensibles a las variaciones características en los niveles y condiciones de vida y hay un número importante de niños menores de cinco años que están creciendo en condiciones sanitarias, culturales y sociales deficientes. El problema puede disminuir en grado significativo si las políticas de educación en salud de los países se orientan de manera que incluyan a todos los integrantes del grupo familiar, especialmente entre los grupos expuestos a mayores riesgos para la salud.

En la experiencia de Chile, las políticas de educación y salud armonizan con las de desarrollo económico e integración nacional y se está procurando con especial énfasis ofrecer la oportunidad de desarrollo integral a través de la enseñanza en la conservación de la salud. El Programa Niño Ayuda al Niño ha demostrado ser un vehículo especialmente adecuado para lo-

gar esos esfuerzos. Originado en Londres por el Dr. David Morley, el Programa se basa en el currículo cognoscitivo de Jean Piaget para la divulgación de conocimientos de salud entre niños ayudantes de nivel básico que actúan como promotores del desarrollo integral de los menores. Incluye actividades simples de prevención y curación adecuadas para la situación local, las cuales son demostradas en las escuelas para que se extiendan a las familias y a la comunidad en general. No hay reglas fijas ni rígidas. Las actividades que se eligen responden a las necesidades locales y se ajustan para que los niños aporten su experiencia, y participen en su planeamiento, bajo la supervisión de los maestros y asistentes de salud. El Programa puede adaptarse para su aplicación a la realidad social, cultural y económica de cualquier país. Ofrece la oportunidad de desarrollo integral a través de una educación personalizada y dinámica; promueve las relaciones de los niños ayudantes con los diferentes elementos de su comunidad y, al terminar el ciclo de enseñanza básica, los alumnos adiestrados pueden incorporarse a actividades voluntarias, especialmente en lo que atañe a la educación extraescolar de niños que viven en zonas marginales urbanas y rurales. Para implantar el Programa, se recomienda seguir tres etapas. La primera comprende la elección de escuelas adecuadas para realizar el Programa, capacitación de los agentes de desarrollo integral, ejecución de talleres de trabajo al nivel de los niños y evaluación continua. En la segunda etapa se coordinan las actividades escolares del Programa con el nivel primario de atención de salud local y se analizan problemas de salud que lleven a la búsqueda en común de soluciones. En la tercera etapa, el niño ayudante ya adiestrado se incorpora como adolescente generador de salud a organismos de la comunidad. La cobertura gradual y progresiva que promulga el Programa, su énfasis en llegar a las fami-

lias en riesgo y la incorporación de los padres y otros elementos de la comunidad pueden contribuir eficazmente a romper el círculo de la miseria, siempre que los

gobiernos, al formular sus presupuestos, den preferencia a las actividades de educación y salud. ■

REFERENCIAS

1. Williams, C. D. Health services in the home. *Pediatrics* 1:347, 1973.
2. Schultz, T. Conferencia pronunciada en la Organización de Estados Americanos (OEA), en ocasión del Año Internacional del Niño, 1979, Washington, D.C.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C., 1973. (Documento Oficial 118.)
4. Schuster Cortés, A., ed. *Niño Ayuda al Niño*. Santiago, Editora Gabriela Mistral, 1979.
5. Bringuier, J. C. *Conversations libres avec Jean Piaget*. Paris, Robert Laffont, 1977.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrose, A. *Stimulation in Early Infancy*. London y New York, Academic Press, 1969.
- Organismo de Planificación Nacional (ODEPLAN). *Atención integral a menores de extrema pobreza urbana*. Santiago, 1977.
- Bayley, N. Consistency and variability in the growth of intelligence from birth to eighteen years. *J Genet Psychol* 1:439, 1949.
- Bralic, S., Haeussler, I., Lira, M. I., Montenegro, H. y Rodríguez, S. *Estimulación temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño*. Santiago, UNICEF, 1978.
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). *El desarrollo y la población en América Latina. Revisión de estudios recientes*. Grupo Internacional de Evaluación de Santiago de Chile. Santiago, 1979.
- Clavel, C. y Schiefelbein, D. *Factores de la demanda por educación en sectores de extrema pobreza*. Santiago, Decon-Rue, 1979.
- Mesa-Lago, C. *Seguridad Social y pobreza crítica en América Latina*. Santiago, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 1979.
- Morley, D. *Pediatric Priorities in the Developing World*. London, Butterworth, 1973.
- Morley, D. *Health Priorities*. London, Macmillan, 1979.
- Muller, K. V. *El desarrollo psicológico del niño*. Madrid, Ediciones Guadarrama, S.A., 1968.
- Weikart, D. y Lambie, D. *Early Enrichment in Infants. Education of the Infant and Young Child*. New York, V.H. Denenberg Academic Press, 1970.

Health education. Foundation for integral development of the child (Summary)

Every day it is becoming increasingly evident that economic progress in low-income countries depends on improving the quality of their human capital. Integral to this quality is the health status of the individual, which af-

fects his productive capacity and contributes to individual and collective development in countries. Education and health are mutually complementary in content and methodology and key investments for upgrading the quality of

populations and therewith their productivity. The new health approaches that emerged during the seventies and were expressed in the Health Plan for the Americas highlighted the need to coordinate health and education activities and bring them into the sphere of the individual, the family and the community. The Latin American countries have responded with new sectoral policies for drawing up integrated programs in those two areas. The conditions are thus created in which the individual can realize his best physical, psychological and spiritual potential, and integral development is promoted, which must start in childhood, the best time to instruct the individual in the protection and preservation of his health. Child health indicators in Latin America are exceedingly sensitive to characteristic variations in levels and conditions of life, and many children under five are growing up in substandard sanitary, cultural, and social situations. The problem can diminish significantly if the countries' health education policies are made to cover all the members of the family, especially in groups at greatest risk to their health.

In the Chilean experience, education and health policies harmonize with those of economic development and national integration, and a particular effort is being made to offer an opportunity for integral development through instruction in the preservation of health. The Child-to-Child Program has proved particularly suited to the accomplishment of this purpose. Originated in London by Dr. David Morley, the Program is based on Jean Piaget's cognitive curriculum for the dissemination of health information among child assistants at the grade-school level who serve as promoters of integral development among younger children. It includes simple preventive and curative measures suited to the local situation, which

are demonstrated in schools so that they may be taken into the family and the community at large. There are no hard and fast rules. Activities are chosen in response to local needs and adjusted to enable the children to offer experiences of their own and participate in the planning under the supervision of their teachers and health assistants. The Program can be adapted for application to social, cultural and economic conditions in any country. It affords an opportunity for integral development through personalized, dynamic education, and promotes relations between the child assistants and the different members of their community. At the end of the primary school course, the pupils so trained can join voluntary activities, particularly in the out-of-school education of children living in urban-fringe and rural areas.

It is recommended that the Program be implemented in three stages. The first stage includes the choice of suitable schools in which to conduct the Program, the training of integral-development agents, the holding of workshops for the children, and ongoing evaluation. In the second stage, the Program's activities in the schools are coordinated with the local primary health care level, and health problems are examined with a view to a collective search for solutions. In the third stage, the trained child assistant becomes an adolescent health agent assigned to community organizations. The gradual coverage that the Program progressively promotes, its emphasis on reaching families at risk, and its enlistment of parents and other members of the community, are all features that can contribute effectively to break the vicious circle of poverty provided that governments, in formulating their budgets, give preference to education and health activities.

Educação em saúde. Base para o desenvolvimento integral da criança (Resumo)

Cada dia se torna mais evidente que o progresso econômico dos países de baixa renda depende do melhoramento da qualidade de seu capital humano. O estado de saúde do indivíduo, que afeta sua capacidade produtiva, pode ser considerado como um valor integral

que contribui para o desenvolvimento individual e coletivo nos países. A educação e a saúde se complementam em termos de conteúdo e metodologia e são investimentos importantes para elevar a qualidade das populações e, em consequência, sua produtividade. Os novos

enfoques de saúde que surgiram nos anos 70 e se expressaram no Plano de Saúde para as Américas, destacaram a necessidade de coordenar as atividades de saúde e educação e incorporá-las no âmbito do indivíduo, da família e da comunidade. Os países latino-americanos responderam com novas políticas setoriais para a elaboração de programas integrados nessas duas áreas. Assim oferecem-se as condições que permitem ao indivíduo concretizar suas melhores potencialidades físicas, psicológicas e espirituais, impulsionando o desenvolvimento integral, que deve partir da infância, momento mais oportuno para orientar o indivíduo na proteção e conservação da saúde. Os indicadores de saúde infantil na América Latina são sumamente sensíveis às variações características nos níveis e condições de vida, e há um grande número de crianças menores de cinco anos que estão crescendo em condições sanitárias, culturais e sociais deficientes. O problema pode diminuir significativamente se as políticas de educação em saúde dos países incluírem todos os integrantes do grupo familiar, especialmente os grupos expostos a maiores riscos para a saúde.

Na experiência do Chile, as políticas de educação e saúde se harmonizam com as de desenvolvimento econômico e integração nacional, buscando-se especialmente oferecer a oportunidade de desenvolvimento integral através do ensino na conservação da saúde. O Programa Criança Ajuda Criança demonstrou ser um veículo especialmente adequado para esses esforços. Iniciado em Londres pelo Dr. David Morley, o Programa baseia-se no currículo cognoscitivo de Jean Piaget para a divulgação de conhecimentos de saúde entre crianças ajudantes de nível básico que atuam como promotores do desenvolvimento integral dos menores. Inclui atividades simples de prevenção e cura adequadas para a situação local, as

quais são demonstradas nas escolas para que se estendam às famílias e à comunidade em geral. Não há regras fixas nem rígidas. As atividades escolhidas correspondem às necessidades locais e se ajustam para que as crianças contribuam com sua experiência e participem em seu planejamento, sob a supervisão dos professores e assistentes de saúde. O programa pode ser adaptado para aplicar-se à realidade social, cultural e econômica de qualquer país. Oferece a oportunidade de desenvolvimento integral através de uma educação personalizada e dinâmica; promove as relações das crianças ajudantes com os diferentes elementos de sua comunidade e, ao terminar o ciclo de ensino básico, os alunos treinados podem ser incorporados a atividades voluntárias, especialmente no que se refere a educação extra-escolar de crianças que vivem em zonas marginais urbanas e rurais.

Para implantar o Programa, recomenda-se seguir três etapas. A primeira compreende a escolha de escolas adequadas para realizar o programa, capacitação dos agentes de desenvolvimento integral, execução de reuniões de trabalho com as crianças e avaliação contínua. Na segunda etapa, coordenam-se as atividades escolares do Programa com o nível primário de cuidados de saúde no local e se analisam problemas de saúde que levem à busca comum de soluções. Na terceira etapa, a criança ajudante já treinada se incorpora como adolescente gerador de saúde a organismos da comunidade. A cobertura gradual e progressiva do Programa, sua ênfase nas famílias em risco e a incorporação dos pais e outros elementos da comunidade podem contribuir de maneira eficaz para romper o círculo da miséria, desde que os governos, ao formular seus orçamentos, dêem preferência às atividades de educação e saúde.

Éducation en matière de santé. Base pour le développement intégré de l'enfant (Résumé)

Il apparaît chaque jour de façon plus évidente que le progrès économique des pays à faible revenu dépend de l'amélioration de la qualité de leur capital humain. L'état de santé de l'individu, qui influe sur sa capacité de pro-

duction, peut se considérer comme un atout qui contribue au développement de l'individu et de la collectivité. L'éducation et la santé se complètent par leur contenu et leur méthodologie, et sont des investissements clés pour

l'amélioration de la qualité de la vie des populations et, par conséquent, de leur productivité. L'attention nouvelle mobilisée sur la santé au cours de la décennie des années 70 et exprimée dans le plan de santé pour les Amériques a fait ressortir la nécessité de coordonner les activités de santé et d'éducation et de les incorporer dans la politique à l'égard de l'individu, de la famille et de la communauté. Les pays d'Amérique latine ont répondu avec des politiques sectorielles nouvelles pour l'élaboration de programmes intégrés dans ces deux domaines. Ainsi sont réunies les conditions propres à assurer à l'individu la possibilité de mieux tirer parti de ses potentialités physiques, psychologiques et spirituelles, et de jouir d'un développement intégré qui doit commencer à l'enfance, âge le plus opportun pour initier l'individu à la protection et à la conservation de sa santé. Les indicateurs de santé infantile en Amérique latine sont extrêmement sensibles aux variations caractéristiques des niveaux et conditions de vie, et les pays latino-américains ont de grandes quantités d'enfants de moins de 5 ans qui grandissent dans des conditions sanitaires, culturelles et sociales insuffisantes. Le problème peut être atténué de façon sensible si les politiques d'éducation en matière de santé de ces pays s'efforcent d'inclure tous les éléments composant le groupe familial, en particulier les groupes exposés aux plus grands risques pour la santé.

Dans le cas du Chili, les politiques d'éducation et de santé s'harmonisent avec le développement économique et l'intégration nationale, et les pouvoirs publics mettent particulièrement l'accent sur la nécessité d'offrir une possibilité de développement intégré par l'enseignement de la conservation de la santé. Le programme d'entraide enfantine s'est révélé particulièrement bien adapté à ces efforts. Lancé à Londres par le Dr. David Morley, ce programme se fonde sur la méthode de Jean Piaget pour la divulgation de connaissances de santé chez les enfants qui font fonction de promoteurs du développement intégré

chez les plus jeunes. Il comprend des activités simples de prévention et de traitement appropriées à la situation locale, qui font l'objet de démonstrations dans les écoles en vue d'être étendues aux familles et à la communauté en général. Il n'y a pas de règles fixes ni rigides. Les activités choisies répondent aux besoins locaux et sont adaptées de manière que les enfants partagent leur expérience et participent à la planification, sous la supervision des maîtres et assistants de santé. Ce programme peut s'adapter pour son application à la réalité sociale, culturelle et économique de tout pays. Il offre la possibilité d'un développement intégré à travers une éducation personnalisée et dynamique. Il permet de promouvoir les relations des enfants participants avec les différents éléments de leur communauté et, à la fin du cycle d'études de base, les élèves ainsi formés peuvent participer à des activités volontaires, en particulier en ce qui concerne l'éducation extrascolaire des enfants qui vivent dans les zones urbaines et rurales marginales.

Pour l'exécution de ce programme, on recommande de suivre trois étapes. La première comprend le choix d'écoles appropriées pour son exécution, la formation d'agents de développement intégré, l'exécution de travaux pratiques au niveau des enfants et l'évaluation continue. A la seconde, on coordonne les activités scolaires du programme avec le niveau primaire des soins de santé locaux et l'on analyse les problèmes de santé en vue de la recherche commune de solutions. A la troisième étape, l'enfant participant déjà formé s'incorpore en tant qu'adolescent générateur de santé à des organismes communautaires. La couverture progressive que prévoit le programme, son insistance sur la nécessité de parvenir jusqu'aux familles exposées aux risques et l'incorporation des pères et autres éléments de la communauté peuvent contribuer efficacement à rompre le cercle de la misère, à condition que les gouvernements, lors de l'établissement de leur budget, accordent la préférence aux activités en matière d'éducation et de santé.