

G R A D O D E ADAPTACION DE PROGRAMAS DE EDUCACION SANITARIA DE LA COMUNIDAD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Marcia H. Magnus¹

INTRODUCCION

Actualmente hay en todo el mundo un gran entusiasmo por la educación sanitaria como medio de resolver ciertos problemas de salud (1). Al revisar la bibliografía corriente sobre educación sanitaria de la comunidad en los países en desarrollo hay un tema que se repite una y otra vez: la necesidad de adaptar los programas a las comunidades. Se ha aconsejado reiteradamente a los educadores y a los trabajadores en materia de salud que armonicen las actividades de educación con las condiciones culturales y socioeconómicas de la población.

Entre los propugnadores de dicha armonización está el actual Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien ha aconsejado a los trabajadores de salud sobre la necesidad de adaptarse a sus respectivas comunidades. Se ha propuesto también que los educadores en salud centren su atención en las actividades y la estructura naturales de la comunidad (2). La con-

veniencia y la ventaja práctica que representa obtener la cooperación de las organizaciones sociales y los dirigentes locales son aspectos clave para el funcionamiento de los programas de enseñanza no formal (3). Varios autores han recomendado que los educadores en salud busquen la participación de la gente (4), y se ha subrayado la necesidad de que empiecen a trabajar precisamente con la propia comunidad (5-7).

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL GRADO DE ADAPTACION

El presente informe da a conocer las principales observaciones e interpretaciones de un estudio sobre el grado de adaptación de 60 programas de educación sanitaria de la comunidad efectuados en 20 países de América Latina y el Caribe entre 1975 y 1982 (8). La expresión *grado de adaptación* se emplea para indicar hasta qué punto se han utilizado los recursos (humanos y mate-

¹ Universidad Cornell, División de Ciencias de la Nutrición. Dirección postal: Division of Nutritional Sciences, Savage Hall, Cornell University, Ithaca, NY 14853, EUA.

riales) de la comunidad en esta clase de programas.

Es evidente que la adaptación tiene dos elementos principales: participación de la comunidad y uso de los recursos locales. Por lo tanto, un programa de educación sanitaria de la comunidad bien adaptado se caracteriza por participación máxima de la gente y utilización óptima de los recursos locales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la participación de la comunidad como un proceso que engendra un sentido de responsabilidad por el propio bienestar de las personas y de la comunidad, y la capacidad de actuar de manera consciente y constructiva en los diversos programas para resolver determinados problemas (9).

Entre los recursos locales importantes sobresalen la inteligencia humana, la mano de obra, los sectores públicos locales —como los de educación, agricultura, vivienda y obras públicas— y los sistemas de comunicación (tradicionales y modernos) propios de cada localidad (10).

En particular, en este artículo se evalúa el grado de adaptación de los programas de educación sanitaria de la comunidad con los que se ha tratado de modificar los conocimientos, las actitudes y la conducta de las personas en relación con la salud en los países de América Latina y el Caribe en el período de 1975 a 1982. El estudio fue motivado por la gran escasez de información sobre el grado de adaptación relativo de los programas realizados en la región y, de hecho, en el tercer mundo. El examen de las fuentes ordinarias de educación sanitaria de la comunidad en los países en desarrollo conduce a dos análisis de un gran número de proyectos de educación sanitaria. En 1977, bajo los auspicios de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, Karlin examinó 180 proyectos de atención de salud realizados en 54

países en desarrollo; 44 de ellos se efectuaron en 13 países de América Latina y el Caribe. La mayor parte incluyeron la educación sanitaria (11). En 1980, la OPS investigó las actividades de educación sanitaria en 23 países de la región mencionada (9). Sin embargo, en ninguno de esos proyectos se estudió el grado de adaptación de los programas a las comunidades.

Escala de adaptación

En 1975 Russell (12) ideó una escala de adaptación para el estudio de la salud personal y comunitaria en la que se identifica la naturaleza de los recursos de un sistema de atención de salud y las tendencias derivadas del mismo. A la izquierda de la escala está el extremo ecológico, que connota armonía con el ambiente, y a la derecha el extremo tecnológico, que entraña el dominio del ambiente. Partiendo de esta idea, pero adaptándola a los países en desarrollo, se proponen en seguida tres grados de adaptación dentro de los cuales pueden encajar los programas de educación sanitaria de la comunidad, a saber, adaptación personal local, ecléctica e institucional externa (cuadro 1).

En el grado de *adaptación personal local* el programa logra una adaptación máxima a la comunidad empleando plenamente los recursos de esta. Por ejemplo, las personas intervienen en la identificación de la necesidad de impartir educación sanitaria y ayudan a determinar las actividades educativas al respecto; además, se incorporan al programa las personas influyentes de la comunidad, las organizaciones sociales locales, los sectores públicos pertinentes y las pautas de aprendizaje existentes.

La parte media de la escala está representada por el grado de *adapta-*

CUADRO 1. Esquema para evaluar el grado de adaptación de los programas de educación sanitaria de la comunidad.

Características del programa	Grado de adaptación del programa		
	Personal local	Ecléctica	Institucional externa
Determinación de la necesidad de educación en salud	Comunidad	Comunidad y trabajadores de salud	Trabajadores de salud
Determinación de las actividades de educación sanitaria	Comunidad	Comunidad y trabajadores de salud	Trabajadores de salud
Residencia de los trabajadores de salud	Viven en la comunidad	Viajan regularmente a la comunidad	Visitan la comunidad de vez en cuando
Capacitación de los trabajadores de salud	Local	Local y externa	Externa
Procedencia de los trabajadores de salud	Nativos	Nativos pero de grupos étnicos o clases sociales diferentes	Forasteros
Lengua empleada en la comunicación	Vernácula	Vernácula y foránea	Foránea
Intervención de curanderos tradicionales	Completa	Parcial	Nula
Creencias de la comunidad respecto de la salud	Conocidas	Se conocen pero no se tienen en cuenta	Desconocidas
Localización de las actividades de educación sanitaria	Cerca del centro de actividad de la comunidad	A una distancia intermedia del centro de actividad de la comunidad	Lejos del centro de actividad de la comunidad
Participación de personas influyentes de la comunidad	Completa	Parcial	Nula
Uso de recursos locales	Máximo	Intermedio	Mínimo
Innovaciones	Apropiadas	Apropiadas e inapropiadas	Inapropiadas
Método de pago	Tradicional	Tradicional y no tradicional	No tradicional
Coordinación intersectorial	Máxima	Intermedia	Mínima
Tipo de técnicas educativas	Locales	Locales y foráneas	Foráneas

ción ecléctica. Aquí, por ejemplo, los curanderos tradicionales y las personas influyentes de la comunidad participan en una etapa del programa pero se excluyen de otras. Además, los integrantes de la comunidad y los trabajadores de salud determinan en forma colectiva la necesidad de impartir educación sanitaria y las actividades educativas específicas. En otras palabras, en este grado de adaptación se emplea un conjunto de recursos locales y externos.

En el grado de *adaptación institucional externa* los trabajadores de salud tienden a utilizar recursos procedentes de fuera de la comunidad o incluso de fuera del país, en vez de los propios de aquella. Por ejemplo, predominan las fuentes de financiamiento externo, se importa nueva tecnología educativa a la comunidad y el lenguaje empleado para la comunicación es foráneo o diferente del que usa la colectividad. Cuando los programas son de este tipo, los trabajadores de salud deciden que existe la necesidad de dar educación sanitaria y planean y ejecutan las actividades correspondientes en forma unilateral, sin participación de la ciudadanía.

METODO

El instrumento empleado en un principio para analizar los informes de educación sanitaria de la comunidad provino de la escala de adaptación. La fiabilidad de los resultados obtenidos con dicho instrumento por varios examinadores se determinó con la técnica de análisis de varianza (13). Tres examinadores (un profesor y un aspirante del doctorado en educación sanitaria, y un profesor de desarrollo comunitario) analizaron

cinco informes de programas seleccionados al azar. Se encontró que 10 de las 15 categorías del instrumento original (véase cuadro 1) no eran fiables y cinco sí lo eran. Las categorías fiables fueron las siguientes: determinación de actividades de educación sanitaria, participación de las personas influyentes de la comunidad, creencias prevalecientes con respecto a la salud, uso de recursos locales y coordinación intersectorial. El instrumento refinado (definitivo) incluyó estas cinco categorías, subdivididas cada una en los tres grados de adaptación (personal local, ecléctica e institucional externa) con un cuarto grado de "no especificada", o sea que no hubo datos suficientes para el análisis. Finalmente, se incluyó un conjunto de cuatro indicadores de programa —interés por la salud, localización, duración y fuente de financiamiento— para facilitar el análisis. En el anexo aparece la lista de las cinco categorías (subdivididas en cuatro grados cada una) y de los cuatro indicadores de programa que conformaron el instrumento definitivo.

Los artículos analizados en este estudio (véase Bibliografía) reunían cinco requisitos: a) se publicaron en inglés; b) aparecieron en *Index Medicus* y *Education Index* entre 1975 y 1982; c) fueron incluidos en *A Bibliography on Non-Formal Education on Health and Nutrition*; d) se obtuvieron mediante búsqueda bibliográfica computadorizada en los sistemas ERIC y MEDLARS, y e) se identificaron mediante análisis sistemático de 29 publicaciones periódicas profesionales aparecidas entre 1975 y 1982.

Si se toma en cuenta la definición de Cuenca del Caribe (que incluye a México) y se agrega a Bermuda, ello significa que 43 de los 60 informes analizados proceden del Caribe: 15 de Colombia, 5 de Honduras, 4 de Venezuela, 4 de Haití, 3 de Nicaragua, 3 de México, 2 de Guatemala y 1 de Jamaica, Barbados, Suriname, Trinidad y Tabago, Costa

Rica, Bermuda y El Salvador, respectivamente.

Cuba, cuya ausencia es notoria en el estudio, y Costa Rica (representada por un solo programa) son considerados como los únicos países en América Latina que tienen sistemas de atención de salud bien establecidos y que conceden atención a la educación sanitaria (12). Estas deficiencias en la bibliografía consultada, especialmente con respecto a Cuba, quizá se explican sobre todo por el sesgo de las fuentes occidentales hacia los programas costeados con fondos provenientes de esa parte del mundo.

Características generales de los programas

Antes de discutir las observaciones sobre el grado de adaptación derivadas de los informes analizados, se presentan algunos datos sobre población estudiada, objetivos de los proyectos sanitarios, métodos para conseguir la participación de la comunidad, fuentes de financiamiento externo y otras características de los programas.

En los informes que describían la población estudiada se identificaron los siguientes grupos: embarazadas que recibían atención prenatal, mujeres que daban el pecho a sus hijos, campesinas, mujeres separadas, lactantes, preescolares y miembros de la comunidad en general.

Muchas actividades de salud subrayan diversos objetivos. En los programas de atención de salud maternoinfantil se hace hincapié en atención prenatal, lactancia materna, autoexamen de los senos, educación preescolar, educación infantil inicial y preparación de los niños para adquirir confianza en sí mismos. Un programa se propuso modificar

las leyes de comercialización de los sucedáneos de la leche materna y las leyes de adopción; otro prestaba asistencia jurídica y psicosocial a las mujeres separadas. En muchos programas de nutrición no se especificaron los objetivos, pero se señaló que el principal interés era fomentar hábitos de alimentación sanos. Los programas en los que se ofrecían servicios curativos se concentraron en la atención médica y la atención primaria de salud. Algunos de estos contaban con instalaciones para alojar juntos a la madre y el recién nacido. Los programas de lucha contra enfermedades infecciosas se dedicaban al tratamiento de tuberculosis, diarrea, paludismo y esquistosomiasis. Los programas de saneamiento ambiental comprendían actividades como mejoramiento de la vivienda, limpieza de las calles, siembra de árboles, captura y vacunación de perros callejeros, control de plagas y administración de basureros. Los principales proyectos de saneamiento realizaron actividades como construcción de pozos, acueductos, fosas sépticas y letrinas. Las prácticas con respecto a salud personal se referían a prevención de enfermedades, medicina preventiva, higiene, educación sanitaria del consumidor (un programa) y alcoholismo (un programa). En los proyectos de planificación familiar a menudo no se explicaron los métodos empleados para el control de la natalidad. Las actividades de capacitación incluyeron a curanderos tradicionales y otras personas de la comunidad escogidos por los integrantes de esta y por los trabajadores de salud.

Se consiguió la participación de la gente empleando varios medios y estrategias de información colectiva que abarcaron a la comunidad y a los sectores local y nacional. Esos medios fueron radio, prensa, cartelera, sistemas de video-proyección, salas de cine, grupos de información y convencimiento, funciones de marionetas, festivales de salud, pro-

gramas escolares y concursos de arte. Se emplearon otros medios estratégicos como almanaques y tarjetas de salud, unidades móviles, grabadoras, cámaras fotográficas de revelado instantáneo y generadores de textos. En esos programas participaron trabajadores sociales, paraprofesionales, trabajadores de campo, promotores de planificación familiar, toda clase de curanderos tradicionales, parteras empíricas, auxiliares de medicina, promotoras de salud, parteras tituladas, instructores de programas de alfabetización, directores de escuelas, maestros, nutricionistas y agrónomos. Los grupos comunitarios que intervinieron fueron agrupaciones comunales, cooperativas de producción, comités de salud rurales, núcleos de educación comunitaria, clubes femeninos, asociaciones de residentes, grupos teatrales locales, asociaciones de planificación familiar, fundaciones nacionales de servicios humanitarios, grupos de ayuda social, instituciones de crédito y organismos federales y estatales de asistencia social. Se estableció la coordinación intersectorial de instituciones como los ministerios de salud, educación, trabajo social y seguridad social, y el sistema judicial.

Se emplearon recursos financieros extranjeros en 45% de los programas. Dichos fondos provinieron de los siguientes organismos: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organismo de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Consorcio para Actividades Internacionales de las Universidades Estadounidenses de la Región Centrooccidental (MUCIA), Comité Internacional para Investigaciones Apropriadadas sobre Población, América Latina (ICARPAL), Taller de Teatro de los Niños (CTW), Fundación Ford, Fundación Rockefeller, Fundación Internacional para la Paternidad Planeada (IPPF), Fundación Van Leer, Comité de Oxford para el Alivio del Hambre (OXFAM), or-

ganización Caritas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

También se obtuvo información sobre otras características de los programas tales como localización, actividad de salud emprendida y duración. Las actividades de educación sanitaria se llevaron a cabo en diversas circunstancias: programas de planificación familiar, proyectos de desarrollo comunitario, servicios de atención de salud, proyectos de atención primaria de salud e incluso programas de alfabetización. El número de programas realizados en zonas rurales y en urbanas fue más o menos igual. Atención materno-infantil, nutrición y planificación familiar fueron las actividades sanitarias más frecuentes. Aunque no siempre se indicó la duración de los programas, los más frecuentes fueron los que duraron hasta tres meses y entre tres y cuatro años.

RESULTADOS

La aplicación de los instrumentos definitivos permitió dar respuesta a las preguntas que se enuncian en seguida (cuadro 2).

¿Hasta qué punto fueron los integrantes de la comunidad y no los trabajadores de salud los que definieron las actividades de educación sanitaria?

Únicamente en 20% de los programas se permitió a la comunidad determinar las actividades de educación sanitaria. En 23,3% fue una decisión conjunta de trabajadores de salud y comunidad. En 57,7% se dejó a criterio exclusivo de los trabajadores de salud.

¿En qué medida participaron personas influyentes de la comunidad en los programas educativos en salud?

En 35% de los programas hubo participación de dirigentes comu-

CUADRO 2. Clasificación de los 60 programas de educación sanitaria de la comunidad estudiados.

	Categorías (%)			
	Personal local	Ecléctica	Institucional externa	No especificada
Determinación de actividades	20,0	23,3	56,7	0
Participación de personas influyentes	35,0	0	0	65,0
Reconocimiento de las creencias	41,7	1,7	8,3	48,3
Uso de recursos	53,3	43,3	0	3,3
Coordinación intersectorial	36,7	20,0	6,7	36,7

nitarios influyentes. En 65% la información suministrada no permitió determinar si participaron tales personas.

¿Hasta qué punto conocían los trabajadores de salud las creencias prevalecientes acerca de la salud y las tuvieron en cuenta?

En cerca de la mitad (48,3%) de los programas no se indicó si tales creencias eran conocidas o si fueron tomadas en cuenta por los trabajadores de salud al planear el programa. Esas creencias se tuvieron presentes en 41,7%, se desatendieron en 8,3% y se atendieron en una etapa pero luego se prescindió de ellas en 1,7%.

¿En qué proporción se usaron recursos locales, externos o ambos en los programas de educación sanitaria de la comunidad?

En la mayor parte de los programas (53,3%) se utilizaron únicamente fondos locales y en 43,3%, tanto locales como externos.

¿Qué grado de coordinación intersectorial alcanzaron los programas de educación sanitaria de la comunidad?

En 36,7% de los informes no había datos que permitieran determinar el grado de coordinación intersectorial. En otro 36,7% se informó una coordinación intersectorial máxima; en 20% fue intermedia y en 6,7% mínima.

Después de haber resumido los principales resultados, particularmente en lo que se refiere a los cinco aspectos del grado de adaptación analizados, vale la pena de mencionar dos interesantes observaciones complementarias.

Como ya se dijo (véase cuadro 2), la mayor parte de los informes no explican la participación de personas influyentes de la comunidad, y casi la mitad omiten información sobre el conocimiento de las creencias locales y la consideración de estas por los trabajadores de salud. Más de una tercera parte de los programas no describen la coordinación intersectorial. Es evidente que muchos informes sobre actividades de educación sanitaria de la comunidad no revelan en forma pormenorizada estas ni otras im-

CUADRO 3. Grado de coordinación intersectorial de los programas estudiados, según el tipo de actividad.

Actividad sanitaria de los programas	Coordinación intersectorial		
	Mínima	Intermedia	Máxima
Salud maternoinfantil	8,7	13,0	78,3
Distinta de salud maternoinfantil	27,0	29,7	43,2
Salud ambiental	90,0	0	10,0
Distinta de salud ambiental	46,4	42,9	10,7
Inmunización/Lucha contra enfermedades infecciosas	50,0	0	50,0
Distinta de inmunización/lucha contra enfermedades infecciosas	58,8	35,3	5,9
Planificación familiar	66,7	8,3	25,3
Distinta de planificación familiar	53,8	42,3	3,8

portantes características de la metodología empleada en los programas.

Un hallazgo de este estudio (cuadro 3) fue la estrecha relación observada entre ciertas actividades de salud y el grado de adaptación con respecto a la coordinación intersectorial y la determinación de las actividades de educación sanitaria. Se observó que en programas de inmunización o de lucha contra enfermedades infecciosas era igualmente probable alcanzar un grado muy elevado o muy bajo de coordinación intersectorial. La mayor parte de los programas de planificación familiar tendieron a lograr coordinación intersectorial máxima; fue mínima en menor proporción. Los programas de saneamiento ambiental también lograron coordinación intersectorial máxima. Los trabajadores de salud que participaban en programas de atención maternoinfantil solían determinar las actividades de educación sanitaria sin tomar en cuenta a la comunidad.

COMENTARIO

Según se desprende de los resultados de este estudio, la primera dificultad grave para los trabajadores de salud y las autoridades sanitarias de América Latina y el Caribe está en la falta de auxiliares de salud locales. Además, parece que se ha hecho muy poco en lo que respecta a capacitación de personal para remediar esta situación. Este análisis reveló que solo 21,7% de los programas de educación sanitaria de la comunidad revisados adiestraron personal paraprofesional para participar en la educación sanitaria. Una forma de garantizar continuidad y autonomía en un programa de salud consiste en hacer participar a la población local en actividades de capacitación destinadas a formar un grupo de trabajadores de salud que puedan mantener e incluso mejorar las actividades del programa después que termina la ayuda externa.

Una segunda dificultad proviene de la falta de información sobre la

atención que los trabajadores de salud prestan a las creencias, actitudes y valores locales respecto de la salud. Cerca de la mitad (48,3%) de los informes no ofrecen datos que permitan determinar si tales creencias eran conocidas o se tuvieron en cuenta al planear el programa. Los trabajadores de salud no pudieron describir las creencias locales en materia de salud o no dieron importancia a la notificación de esa característica particular de la comunidad. Mientras los autores de estos informes no den a conocer estas características de los programas, seguirá siendo imposible que los lectores deriven las conclusiones precisas sobre los métodos empleados.

La falta de educadores sanitarios locales y de información sobre el reconocimiento de las creencias locales en materia de salud por parte de los auxiliares indica que es preciso sensibilizar más a estas personas en relación con los intereses y necesidades de la comunidad. Otros resultados del estudio confirman esta falta de sensibilidad por parte de quienes planean los programas. Por ejemplo, en más de la mitad de los informes analizados las actividades de educación sanitaria eran determinadas exclusivamente por los trabajadores de salud, y la mayor parte no indicaron haber contado con la participación de los miembros influyentes de la comunidad.

Por otro lado, es preciso recalcar la difundida falta de notificación de ciertas características de los programas, tales como la participación de las personas influyentes de la comunidad, la consideración que se da en la fase de planeación a las creencias, actitudes y valores locales respecto de la salud, y el grado de coordinación intersectorial. La ausencia de estos datos en los informes reafirma que los autores no son sensibles al carácter de la comunidad.

En suma, este estudio pone de manifiesto varias características impor-

tantes de la práctica de la educación sanitaria en América Latina y el Caribe, aunque indudablemente quedan muchos interrogantes. Por este motivo, para finalizar se ofrece a continuación una serie de nueve recomendaciones prácticas para realizar nuevas actividades de investigación sobre el grado de adaptación de los programas de educación sanitaria de la comunidad.

- 1 Realizar un estudio sobre el grado de adaptación basado exclusivamente en informes sobre programas de educación sanitaria de la comunidad.

- 2 Emplear cuestionarios enviados por correo a educadores que participen en programas de educación sanitaria en curso para investigar el grado de adaptación de estos.

- 3 Comparar el grado de adaptación de los programas de educación sanitaria de la comunidad en todos los países en desarrollo.

- 4 Implantar mecanismos que permitan describir cabalmente los programas, por ejemplo, estableciendo normas para elaborar los informes de programas de educación sanitaria de la comunidad.

- 5 Comparar la forma como el grado de adaptación de los programas de educación sanitaria es percibido por los trabajadores de salud y por la comunidad.

- 6 Investigar qué factores predisponen a que ciertas actividades de salud logren diferentes grados de adaptación.

- 7 Examinar la posibilidad de que algunas comunidades prefieran usar recursos, tecnología y métodos externos en lugar de recursos tradicionales y locales.

- 8 Llevar a cabo otros estudios sobre el grado de adaptación de un conjunto de programas de educación sani-

taria mucho más amplio y representativo, a fin de obtener información y facilitar las comparaciones.

9 Efectuar un estudio que examine el valor del grado de adaptación como indicador fidedigno del probable éxito de los programas de educación sanitaria.

RESUMEN

Se estudió el grado de adaptación de 60 programas de educación sanitaria de la comunidad efectuados en 20 países de América Latina y el Caribe entre 1975 y 1982. El grado de adaptación se define como la medida en que se utilizan los recursos humanos y materiales de la comunidad. Un programa bien adaptado se caracteriza por participación máxima de la gente y utilización óptima de los recursos de la localidad.

El estudio fue motivado por la escasez de investigaciones sobre el tema en la región. Tomando en cuenta la participación relativa de la comunidad y de los trabajadores de salud, así como el origen del financiamiento de los programas, se establecen tres grados de adaptación: personal local, ecléctica e institucional externa. De acuerdo con parámetros previamente establecidos y validados mediante el análisis de varianza, tres examinadores analizaron los informes de los 60 programas seleccionados.

Tan solo 20% de los programas estudiados permitieron a la comunidad determinar sus necesidades. En 35% hubo participación de personas influyentes de la comunidad. Cerca de la mitad no indicaron si las creencias prevalecientes acerca de la salud eran conocidas y si fueron tomadas en cuenta en la fase de planeación. La mayor parte de los programas (53,3%) utilizaron fondos locales, y 43,3% tanto locales como externos (incluso extranjeros). En 36,7% no se pudo determinar el grado de coordinación intersectorial, pero en otro porcentaje igual esta fue máxima.

Se concluye que los programas de educación sanitaria analizados presentan grandes deficiencias en el grado de adaptación. Se reconoce además que el asunto merece ser estudiado más a fondo, y se hace una serie de recomendaciones prácticas al respecto. □

ANEXO. Categorías e indicadores utilizados para analizar 60 informes^a sobre programas de educación sanitaria de la comunidad en América Latina y el Caribe.

Categorías	Indicadores
1. Las actividades fueron determinadas por: La comunidad La comunidad y los trabajadores de salud No se especificó	a. Localización del programa: Urbano Rural Rural y urbano Nacional No se especificó
2. Participación de personas influyentes de la comunidad: Completa Parcial Nula No se especificó	b. Actividad sanitaria del programa: Salud maternoinfantil Planificación familiar Nutrición Inmunización/Lucha contra enfermedades infecciosas Salud ambiental/Saneamiento Hábitos higiénicos personales Educación sobre la vida familiar Educación sexual Tratamiento de los enfermos Capacitación No se especificó
3. Reconocimiento de las creencias de la comunidad en materia de salud: Completo Parcial Nulo No se especificó	c. Duración del programa: Menos de 3 meses 3-6 meses 6-12 meses 1-2 años 3-4 años 4-5 años 5-6 años 6-7 años 7-8 años 8-9 años 9-10 años Más de 10 años No se especificó
4. Uso de recursos locales: Máximo Intermedio Mínimo No se especificó	d. Origen del financiamiento: Externo Local No se informó
5. Coordinación intersectorial: Máxima Intermedia Mínima No se especificó	

^a La lista completa de los informes analizados aparece bajo Bibliografía

REFERENCIAS

- 1 Zapka, J. G. Preface. In: J. G. Zapka (ed.): *Research and Evaluation in Health Education*, Vol. 3. Oakland, CA, Third Party Publishing Co., 1982.
- 2 Brieger, W. R. y Adeniyi, J. D. Urban community health education in Africa. *Int Q Community Health Educ* 2(2):109-121, 1981-1982.
- 3 Niehoff, R. O. y Neff, K. L. *Report of Conference and Workshop on Non-Formal Education and the Rural Poor*. East Lansing, MI, Michigan State University, 1977.
- 4 Schima, M. E. Health education internationally: the developed and developing worlds. *Health Educ* sept/oct:2-4, 1976.
- 5 Ranganatah, K. V. Health education and community development. In: A. R. Omran (ed.): *Community Medicine in Developing Countries*. New York, Springer, 1974.
- 6 Drobny, A. Health: an essential component of long term economic and social development. *Int J Health Educ* 20(1):38-40, 1971.
- 7 Mooney, M. Assessing rural health education programmes in Rhodesia. *Int J Health Educ* 22(4):249-252, 1979.
- 8 Magnus, M. H. *Adaptation of Community Health Education Programs in Latin America, 1975-1982*. Southern Illinois University At Carbondale, 1983. (Tesis presentada para optar al grado de magister.)
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Technical discussions provisional agenda, item 20. *Community Health Education: Evaluation of Present Programs, New Approaches and Strategies*. Washington, DC, 1980.
- 10 Organización Mundial de la Salud. Health: a time for justice. In: *Primary Health Care*. Ginebra, 1978.
- 11 Karlin, B. *The State of the Art of Delivering Low-cost Health Services in Less Developed Countries: A Summary Study of 180 Health Projects*. Washington, DC, American Public Health Association, 1977.
- 12 Russell, R. D. *Health Education*, 6th. ed. Washington, DC, National Education Association, 1975.

- 13 Winer, B. J. *Statistical Principles in Experimental Design*. New York, McGraw Hill, 1962.
- 14 Behm, H. Demographic growth and health needs in Latin America. *Int J Health Serv* 9(1):77-85, 1979.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, G. A. y Durán, P. L. Cartagena Colombia: an experiment in community. *Assignment Children* 43:115, 1978.
- Agudelo, G. G. Evaluation of child care in Pri-mops: a comprehensive health program in Cali, Colombia. In: Bosch, S. J. y Arias, J. (eds.): *Evaluation of Child Health Services: The Interface Between Research and Medical Practice*. Bethesda, MD, Fogarty International Center, 1978.
- Aller Atucha, L. M. y Crone, C. D. A participatory methodology for integrating literacy and health education in Honduras. *Convergence* 15(2):70-81, 1982.
- Bailey, J. y Cabrera, E. Campañas de radio y planificación de la familia en Colombia, 1971-1974. *Bol Of Sanit Panam* 90(6):494-505, 1981.
- Ball, R. Venezuelan family planning: winning governmental support. In: *Population and Family Planning in Latin America*. Washington, DC, Victor Bostrom Funding Committee, 1973. (Report 17.)
- Behrhorst, C. The Chimaltenango Development Project, Guatemala. *J Trop Pediatr Environ Child Health* 20(6):295-299, 1974.
- Berggren, W. L., Ewbank, D. C. y Berggren, G. G. Reduction of mortality in rural Haiti through a primary health care program. *N Engl J Med* 304(22):1324-1333, 1981.
- Bertrand, J., Zelaya, J. D., Cisneros, R. J. y Morris, L. Evaluation of family planning communications in El Salvador. *Int J Health Educ* 24(3):183-194, 1982.
- Bertrand, J. T. y Bertrand, W. E. Health education among the economically deprived of a Colombian city. *Int J Health Educ* 22(2):102-112, 1979.
- Bezold, S. W. y Moreno, J. F. Integrated basic services for Lima's young. *Assignment Children* 57/58:101-134, 1982.

- Brasileiro, A. M. F. Extending municipal services by building on local initiatives. *Assignment Children* 57/58:67-100, 1982.
- Campos Tauil, M. y de Azevedo, A. C. Community participation in health activities in an Amazon community of Brazil. *Bull Pan Am Health Organ* 12(2):95-103, 1978.
- Cárdenas M. Rural water supply in sanitation education in Paraguay. *Assignment Children* 45/46:109-120, 1979.
- Colle, R. D. The traditional laundering place as a non-formal health education setting. *Convergence* 10(2):32-39, 1977.
- Da Gloria, M. W. M., Horner, M. R. y Charini, L. H. Approaches for increasing soybean use by low-income Brazilian families. *J Nutr Educ* 14(3):105-107, 1982.
- Davies, M. *Adult Education Community Project and Planned Parenthood: A Study of an Inter-agency Project in Honduras, Central America*. New York, International Planned Parenthood Federation, 1981.
- Davies, P. J. y Rodrigues, W. Community-based distribution of oral contraceptives in Rio Grande do Norte, Northeastern Brazil. *Stud Fam Plann* 7(6):202-206, 1976.
- Echeverri, G. Development of the Profamilia rural family planning program in Colombia. *Stud Fam Plann* 6(6):142-147, 1975.
- Eisenberg, C. Honduras: La sensibilización a los problemas de salud mental transforma una comunidad. *Foro Mundial de la Salud* 1(1,2):86-92, 1980.
- Ewles, L. D. Community Nutrition in Bermuda. *J Hum Nutr* 32:201-207, 1978.
- Feurestein, M. The educative approach in evaluation: an appropriate technology for a rural health programme. *Int J Health Educ* 21(1):56-64, 1978.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Experimental Non-formal Initial Education Project. Department of Puno, Peru. New York, 1976. (E/ICEF/CRP/76-12.)
- Goes, J. G., Jr. y Goes, J. C. Cervical cancer prevention and control in developing countries: a model program. *Bull Pan Am Health Organ* 15(3):216-225, 1981.
- Griffiths, M., Kolasa, K., Boichick, J. y Wallace, N. Nutrition education field experiences in Nicaragua. *J Nutr Educ* 9(3):118-120, 1977.
- Gueri, M., Jutsum, P. y White, A. Evaluación de una campaña de lactancia materna en Trinidad. *Bol Of Sanit Panam* 86(3):189-195, 1979.
- Hardy, E. y Herud, K. Effectiveness of a contraceptive education program for postabortion patients in Chile. *Stud Fam Plann* 6(7):188-191, 1975.
- Hardy, E. E., Vichi, A. M., Sarmiento, R. C., Moreira, L. E. y Bosqueiro, C. M. Breast feeding promotion: effect of an educational program in Brazil. *Stud Fam Plann* 13(3):79-85, 1982.
- Isaza, P., de Quinteros, Z. T., Pineda, E., Parchment, C., Aguilar, E. y McQuestion, M. J. A diarrheal diseases control program among Nicaraguan refugee children in Campo Luna, Honduras. *Bull Pan Am Health Organ* 14(4):337-341, 1980.
- Leonard, A. Developing print materials in Mexico for people who do not read. *Educational Broadcasting International* 13(4):168-173, 1980.
- Locketz, L. La educación para la salud en el medio rural de Surinam: empleo de cinta video en una campaña nacional contra la esquistosomiasis. *Bol Of Sanit Panam* 82(4):312-321, 1977.
- Mejía de Pizando, J. The educational approach within Colombia's nutritional plan (PAN). *International Review of Education* 26(1):17-29, 1980.
- Molina, G., Turizo, A., Arnago, A. y Gómez de Murillo, S. Colombia: La selección de dirigentes de salud en la comunidad. *Foro Mundial de la Salud* 1(1,2):69-74, 1980.
- Mora Ramírez, J. y Salazar Duque, A. A community initiated water supply project in Colombia. *Assignment Children* 45/46:121-130, 1979.
- Mora Ramírez, J. y López Orozco, L. Community participation and rural environmental sanitation in Colombia. *Assignment Children* 34:126, 1976.
- Muller, F. The myth of primary health care: case studies from Peru. *Ideas and Action* 145:7-11, 1982.
- Organización Panamericana de la Salud. Jamaica launches nutrition education campaign (News). *Bull Pan Am Health Organ* 12(2):180-181, 1978.

- Osorio, A., Díaz Rossello, J. L. D. y Capurro, H. Programa de alojamiento conjunto para la madre y el recién nacido. *Bol Of Sanit Panam* 78(5):391-396, 1975.
- Palmer, E. L. A formative research model for persuasive health messages. *Educational Broadcasting International* 13(4):174-178, 1980.
- París Montesinos, A. M. The Children's Foundation in Venezuela and its day-care mothers. *Assignment Children* 36:121, 1976.
- Pollitt, E. *Poverty and Malnutrition in Latin America*. New York, Praeger Publishers, 1980.
- Pradilla, A. The Candelaria project. In: Niehoff, R. O. (ed.): *Report on the Conference and Workshop on Non-Formal Education and the Rural Poor*. East Lansing, MI, Institute of International Studies, 1977.
- Ramsey, F. C. Nutrition indicators and the Barbados preschool child: a nutrition intervention program, 1967-1976. In: Bosch, S. J. y Arias, J. (eds.): *Evaluation of Child Health Services: The Interface Between Research and Medical Practice*, Bethesda, MD, Fogarty International Center, 1978.
- Restrepo, S. Multimedia strategy for a breastfeeding campaign in Colombia. *Educational Broadcasting International* 14:30-34, 1981.
- Risopatron, F. y Spain, P. L. Reaching the poor: human sexuality education in Costa Rica. *Journal of Communication* 30(4):81-89, 1980.
- Sarn, J. E. Popular planning and radiophonic schools: Nicaragua's PRACS program. *Development Communication Report*, 27 de julio de 1979, pp. 4-5.
- Spillman, R. K. Development aid through information. Trying a new concept in Colombia. *Acta Trop (Basel)* 34(3):215-227, 1977.
- Tamayo, F. Successful family planning: Profamilia in Colombia. In: Piotrow, P. (ed.). *Population and Family Planning in Latin America*. Washington, DC, Victor Bostrom Funding Committee, 1973. (Report 17.)
- Tejado Cano, M. From child to community participation—lessons from 2 Peruvian experiences. *Assignment Children* 47/48:143-164, 1979.
- Tonon, M. A. Concepts in community participation: a case of sanitary change in a Guatemala village. *Int J Health Educ* 23(4) (supl.):1-16, 1980.
- Vargas González, W. Applied nutrition programmes in rural areas of Costa Rica. *Assignment Children* 36:121, 1976.
- Wallace, C. E., Marshall, F. N. y Robinson, C. Examen retrospectivo de los servicios médicos materno-infantiles en el Hospital Albert Schweitzer en el Haití Rural. *Bol Of Sanit Panam* 92(5):391-404, 1982.
- Webb, R., Ballweg, J. A. y Fougere, W. Combining rural educational with agricultural training in Haiti. *J Nutr Educ* 14(4):133-134, 1982.
- Werner, D. Health care for the people, by the people: Project Piaxtla. *Development Communication Report* 27:5-6, 1979.

SUMMARY

LEVEL OF ADAPTATION OF COMMUNITY HEALTH EDUCATION PROGRAMS IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

A study was made of the level of adaptation of 60 community health education programs carried out in 20 countries of Latin America and the Caribbean between 1975 and 1982. The level of adaptation is defined as the degree to which the community's human and material resources are used. The hallmarks of a well-adapted program are maximum participation of the people and optimal utilization of local resources.

The study was prompted by the paucity of research on the subject in the region. On the basis of the relative participation of the community and of health workers in a program, and of the sources of its funding, three degrees of adaptation are defined: local personal, eclectic, and non-local institutional. Three examiners analyzed the reports of the 60 selected programs in relation to pre-established parameters validated by variance analysis.

In only 20% of the programs studied was the community allowed to determine its own needs. In 35%, influential members of the community participated. In about half there was no indication of any knowledge of prevailing health beliefs or of whether those beliefs were taken at all into account in planning the program. A majority (53,3%) of the programs used local funds, and 43,4% both local and outside (including foreign) funds. In 36,7% the degree of intersectoral coordination could not be determined, but in another identical percentage that coordination was found to be maximal.

The study concludes that the level of adaptation in the health education programs considered was very low. It further recognizes that the matter merits further study, and makes several practical recommendations to that end.

RESUMO

GRAU DE ADAPTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA DA COMUNIDADE NA AMÉRICA LATINA

Foi estudado o grau de adaptação de 60 programas de educação sanitária da comunidade executados em 20 países da América Latina e do Caribe entre 1975 e 1982. Define-se como grau de adaptação a medida em que se utilizam recursos humanos e materiais da comunidade. Um programa bem adaptado caracteriza-se pela participação máxima do público e pela utilização ótima dos recursos locais.

O estudo foi motivado pela escassez de pesquisas sobre o tema na região. Levando em conta a participação relativa da comunidade e dos trabalhadores em saúde, assim como a origem do financiamento dos programas, são estabelecidos três graus de adaptação: pessoal local, eclética e institucional externa. De acordo com parâmetros previamente estabelecidos e validados pela análise de variância, três examinadores analisaram os relatórios dos 60 programas selecionados.

Dos programas estudados, apenas 20% permitiram à comunidade determinar as suas necessidades. Em 35% participaram pessoas influentes da comunidade. Cerca de metade deixou de indicar se as crenças predominantes a respeito da saúde eram conhecidas e se foram levadas em conta na fase de planejamento. A maior parte dos programas (53,3%) utilizou fundos locais e 43,3%, recursos tanto locais como externos (inclusive estrangeiros). Em 36,7% não foi possível determinar o grau de coordenação intersectorial, mas em outra percentagem igual essa participação acusou nível máximo.

O autor conclui que os programas de educação sanitária analisados apresen-

tam grandes deficiências quanto ao grau de adaptação. Além disso, reconhece o fato de que o assunto merece ser estudado mais profundamente e faz uma série de recomendações práticas a esse respeito.

RÉSUMÉ

DEGRÉ D'ADAPTATION DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION SANITAIRE DE LA COMMUNAUTÉ EN AMÉRIQUE LATINE ET AUX CARAÏBES

Cette étude porte sur le degré d'adaptation de 60 programmes d'éducation sanitaire menés dans 20 pays d'Amérique latine et des Caraïbes entre 1975 et 1982. Le degré d'adaptation se définit comme le degré d'utilisation des ressources humaines et matérielles de la communauté. Un programme bien adapté se caractérise par une participation maximale des gens et par une utilisation optimale des ressources de la localité.

Cette étude a été entreprise pour pallier l'insuffisance de recherche sur ces questions dans la région. En tenant compte de la participation relative de la communauté et des travaux effectués dans le domaine de la

santé, ainsi que de l'origine du financement des programmes, l'auteur mesure l'adaptation sur trois plans : l'adaptation personnel local, l'adaptation éclectique et une adaptation institutionnelle externe. Sur la base de paramètres établis précédemment et validés par l'analyse de variance, trois examinateurs ont analysé les rapports établis sur les 60 programmes sélectionnés.

Vingt pour cent seulement des programmes étudiés ont permis à la communauté de déterminer ses besoins. Dans 35% des cas, les enquêteurs ont bénéficié de la participation de personnes influentes de la communauté. Près de la moitié d'entre elles n'ont pas indiqué si les conceptions en ce qui concerne la santé étaient connues et s'il en avait été tenu compte lors de la planification. La plupart des programmes (53,3%) avaient utilisé des fonds d'origine locale, et 43,3% des fonds d'origine locale et extérieure (y compris des fonds de l'étranger). Dans 36,7% des cas, on n'a pu déterminer le degré de coordination intersectorielle, mais dans une proportion égale des cas, cette coordination a été maximale.

La conclusion est que les programmes d'éducation sanitaire analysés présentent de graves faiblesses dans leur degré d'adaptation. Cette étude reconnaît en outre que cette question mérite d'être étudiée de façon plus approfondie, et présente une série de recommandations pratiques à ce sujet.