
Discusiones Técnicas:

EDUCACION COMUNITARIA EN SALUD: EVALUACION DE LOS PROGRAMAS ACTUALES, NUEVAS ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS¹

Las Discusiones Técnicas de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XXXII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, se efectuaron el 26 y 27 de septiembre de 1980, en la sede de la Organización en Washington, D.C.; el tema discutido fue "Educación comunitaria en salud: evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias".

Como Director de Debates se eligió al Dr. Carmelo Calvosa Chacón (Costa Rica) y como Relatora, a la Srta. Veta Brown (Bahamas); como Secretaria Técnica se desempeñó la Srta. Marilyn Rice (OPS).

En la sesión plenaria inicial, el Dr. George M. Foster (OPS) presentó un documento relativo a la educación comunitaria

en salud con participación de la comunidad y concebida desde el punto de vista de esta. La Srta. Rice resumió por su parte el documento de trabajo CD 27/DT/1 sobre el tema, así como los procedimientos que se seguirían para las Discusiones.

Los participantes se dividieron en dos grupos de trabajo, y a su vez eligieron en forma respectiva para el grupo I al Dr. Merlín Fernández (Honduras) como Director de Debates, al Dr. Jaime Solórzano Espinosa (Guatemala) como Relator, y como Secretarios Técnicos a la Dra. Isabel Rojas Aleta (OPS) y al Dr. Héctor García Manzanedo (OPS); en el Grupo II se desempeñaron el Dr. Germán Jiménez Bozo (Colombia) como Director de Debates, el Dr. Mariano García Viveros (México) como Relator, y como Secretarios Técnicos el Dr. Jorge M. Foster (OPS) y el Dr. Felipe García Sánchez (OPS).

Los grupos de trabajo aprobaron la guía para las discusiones y procedieron a analizar los principales aspectos indicados en esta. Los puntos de vista y opiniones manifestados en cada grupo fueron resumidos

¹ Versión condensada del Informe Final de las Discusiones Técnicas de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XXXII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 22 de septiembre al 3 de octubre de 1980.

por las mesas directivas y consolidados para la formulación de las conclusiones que se presentan a continuación.

La comunidad

Diagnóstico de las características de la comunidad

Los participantes manifestaron la necesidad de nuevos mecanismos que permitan a la comunidad la identificación de sus propias necesidades, atenciones prioritarias y características socioculturales. La información así obtenida habrá de servir como base para la planificación y ejecución de programas de salud. Mediante ese proceso de diagnóstico, la comunidad podrá participar en la determinación de sus creencias y necesidades en materia de salud y, a su vez, ella determinará su comportamiento en ese sector. En el proceso debe preverse la modificación en el orden de prioridad para las atenciones de salud, de acuerdo con los cambios de percepción en el individuo, la familia y la comunidad.

Promoción del aporte de la comunidad

En la mayor parte de las actuales orientaciones en materia de personal y educación en salud se considera a la comunidad como receptora pasiva de los mensajes que se le dirigen. Por tanto, es preciso establecer y aplicar nuevas metodologías que promuevan la autorresponsabilidad del individuo, la familia y la comunidad, para que participen en forma activa en el proceso de aprendizaje, así como en el cambio de comportamientos y condiciones de salud. Entre otros, se sugirieron los siguientes medios para realizar tales actividades educativas con participación de los interesados:

- Empleo de recursos y características de la comunidad para establecer metodologías educativas apropiadas a las condiciones loca-

les, con un máximo aprovechamiento del potencial para actividades colectivas en salud.

- Identificación de personas influyentes en la comunidad que puedan colaborar en el establecimiento de comités y grupos para la promoción de proyectos en salud.

- Determinación clara de los tipos de responsabilidades y obligaciones que los miembros de la comunidad habrán de compartir con el personal de salud.

- Elección de las metodologías educativas más apropiadas para la población de que se trate, por ejemplo el sistema de "niño a niño", equipos de padre-hijo y grupos de juego, de voluntarios y prestación de servicios.

Administración

Los programas se deben llevar a cabo de acuerdo con las metas fijadas de modo conjunto por la comunidad y por los profesionales de salud, dentro de los límites que imponga la disponibilidad de recursos financieros y humanos. Es preciso establecer metas de educación que puedan evaluarse, como también niveles que sean posibles de alcanzar. Asimismo, se requiere un conocimiento actualizado de la estructura política en el país, y la educación en salud se debe enfocar desde el punto de vista más amplio, para el mejoramiento de la comunidad. El establecimiento de programas eficaces de esta última especialidad resultará más fácil, si se organiza un servicio multisectorial encargado de administrar y dirigir la integración de los programas, con el patrocinio de un organismo estatal. Este tipo de colaboración permitirá que el gobierno, los sectores privados y la comunidad estén representados en todos los niveles de la planificación, la ejecución y la evaluación de programas; además, garantizará la continuidad de estos.

Adiestramiento para educación en salud

En general se admite que cada uno de los miembros del equipo de personal de

salud es un educador y que la comunidad es el objetivo de sus esfuerzos en ese aspecto, así como de los que desplieguen en tanto miembros de dicho equipo. En consecuencia, debe impartirse adiestramiento de personal de tres niveles: a) educadores profesionales de salud, b) miembros del equipo de salud, tanto profesional como para profesionales y c) auxiliares de la comunidad. En esa tarea habrán de tomarse en cuenta los factores que con anterioridad restaron eficacia a las prácticas habituales del personal de educación en salud. Se destacó la necesidad de introducir nuevas dimensiones desde el comienzo de los programas de adiestramiento.

Es necesario que el personal profesional de salud reciba una formación en las siguientes materias: a) dinámica interpersonal y de la comunidad, b) aplicación de criterios de participación al trabajo en la comunidad, c) métodos didácticos eficaces y d) instrumentos para realizar investigaciones sociales sencillas. En cuanto a los miembros influyentes de la comunidad, se los debe orientar en técnicas de motivación y dinámica de grupo para estimular la participación de esta en los programas de salud.

Cooperación técnica entre países y función de las organizaciones internacionales

Se recomendó compartir metodologías, información y experiencias sobre actividades de educación comunitaria en salud entre diferentes países. Al respecto, deberían establecerse sistemas de información para facilitar el acopio de datos sobre programas eficaces. En lo referente a educación comunitaria, la función de las organizaciones internacionales deberá consistir en el apoyo a la preparación de actividades, materiales y modelos eficaces de edu-

cación en salud. Por conducto de las organizaciones internacionales se pueden elaborar, facilitar y mejorar programas interpaíses.

Evaluación

Se destacó la importancia de la evaluación periódica de las actividades de salud, para apreciar su eficacia en el logro de metas y objetivos en los programas. Dicha evaluación señalará también de modo regular los nuevos aportes necesarios para el programa, por ejemplo en materia de adiestramiento, materiales y personal. Para que este conocimiento se difunda es esencial establecer un sistema de información que abarque las actividades locales, regionales y nacionales de salud.

Investigaciones

A menudo se estima que la investigación es una actividad compleja y muy onerosa. Sin embargo, pueden efectuarse estudios sencillos para determinar la eficacia de los nuevos métodos y tecnologías apropiadas. Además se recomienda realizar investigaciones operativas para ampliar el conocimiento de los siguientes temas: a) efectos de la motivación humana y la dinámica social en la cooperación y en la participación colectiva, b) tipos de obstáculos que impiden el cambio de actitud y modos de comportamiento y c) factores que determinan las atenciones prioritarias para el individuo y los grupos.

Los resultados de esos estudios mejorarán de manera considerable la eficacia de los programas de educación en salud e indicarán los aspectos esenciales de la formación que han de recibir todos los individuos encargados de esas actividades.

Anexo

RESOLUCION XXXIV SOBRE LAS DISCUSIONES TECNICAS ADOPTADA POR LA XXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS²

El Consejo Directivo

Visto el Informe Final de las Discusiones Técnicas sobre "Educación comunitaria en salud: evaluación de programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias" (Documento CD27/DT/3);

Recordando que en la Conferencia de Alma Ata y en las estrategias formuladas por los Gobiernos de la Región de las Américas para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000, los países han reconocido la necesidad de establecer mecanismos que faciliten la participación de la comunidad y la utilización de recursos locales a través de la educación comunitaria en salud;

Enterado de la creciente importancia de la educación comunitaria en salud para intensificar la participación de la comunidad como estrategia básica en la extensión de la cobertura de los servicios de salud, el fomento de la atención primaria y la mejora del medio ambiente, y

Reconociendo que la educación comunitaria en salud es una función multisectorial y multidisciplinaria en todos los programas de salud y de desarrollo de la comunidad y que los Ministerios de Salud tienen la responsabilidad, como elemento catalítico y orientador de los otros sectores del desarrollo, de lograr niveles adecuados de participación de la comunidad en el mejoramiento de su salud,

Resuelve:

1. Tomar nota del Informe Final de las Discusiones Técnicas y expresar su satisfac-

ción por los resultados.

2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:

a) Intensifiquen sus esfuerzos en la formulación de políticas y la definición de estrategias que promuevan la educación comunitaria en salud como medio indispensable para ampliar la cobertura de los servicios de salud y fomentar la atención primaria, de manera que facilite el logro de la meta de Salud para Todos en el Año 2000;

b) Concedan alta prioridad a la inclusión de la participación comunitaria como proceso y a la educación comunitaria en salud, como medio de lograrla en todos los planes y programas nacionales de salud, inclusive en lo que respecta a planificación, ejecución, evaluación y reajuste de las estructuras administrativas del sector de salud;

c) Promuevan la participación de la comunidad para conseguir que sus características económicas, sociales y culturales se tengan en cuenta en el desarrollo, la selección y la aplicación de técnicas apropiadas de atención primaria de salud;

d) Se aseguren de que todos los programas de adiestramiento y capacitación de personal de salud tengan componentes de educación y participación comunitaria, y de que se asignen los recursos adecuados para su ejecución;

e) Promuevan y realicen investigaciones operativas sobre participación comunitaria y utilicen los resultados para promover actividades de adiestramiento y aplicar métodos y técnicas apropiados.

3. Pedir al Director que, en el plan de acción que se establezca para aplicar las estrategias regionales encaminadas al logro de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 se incluyan pautas que orienten las activida-

² Aprobada en la decimosexta sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1980.

des educativas y la participación comunitaria en salud como elemento básico de dichas estrategias, dedicando especial atención a los siguientes aspectos:

a) La cooperación técnica con los Gobiernos Miembros en programas de atención primaria de salud que destaquen la participación de la comunidad y la educación comunitaria en salud como medio de lograrla;

b) El intercambio y la utilización entre países de información, experiencias, facilidades de adiestramiento y tecnologías

apropiadas sobre educación comunitaria en salud;

c) La identificación, la preparación y el financiamiento de proyectos en los que se destaque la participación activa de la comunidad en la extensión de la cobertura de los servicios de salud;

d) La inclusión, en los informes sobre la marcha de los diferentes proyectos de cooperación en que la Organización participa de datos específicos sobre el progreso de las actividades relacionadas con los precitados aspectos.

Technical Discussions of the XXVII Meeting of the Directing Council of PAHO. Community health education: Assessment of current programs, new guidelines and strategies (Summary)

The Technical Discussions of the XXVII Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization, XXXII Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization for the Americas, took place on September 26-27, 1980, at the headquarters of the Organization in Washington, D.C. The topic discussed was "Community health education: Assessment of current programs, new guidelines and strategies". Dr. Carmelo Calvosa Chacón (Costa Rica) was elected Moderator, Ms. Veta Brown (Bahamas), Rapporteur, and Ms. Marilyn Rice (PAHO), Technical Secretary. At the first plenary session, Dr. George M. Foster (PAHO) presented a document on community health education with community participation.

Among the conclusions, it was noted that the purpose of the new guidelines and strategies is to promote and obtain the participation of the community in joint activities with health personnel. If the community is to play a vital role in health programs and primary care, the establishment or strengthening of a national policy aimed at backing its participation at the technical and operational levels is considered an essential strategy. In order to enable such policy to actually define and implement community educational activities in the health field as the most effective way of stimulating community participation, the necessary support

must be forthcoming. Such activities will be programmed in accordance with regional programs which, in turn, must reflect local expectations. As far as resources are concerned, the health system must have personnel specialized in community education to carry out planning, training, research, education, and assessment. Community education specialists should work both at the national level—with the necessary administrative and technical support—and at the regional level.

It was also noted that the new approach to community health education is a challenge to health personnel, as well as to the community. It is essential to consider that short-term goals, aimed at solving the most obvious problems of the people with their direct participation at all stages, are no more than the initial phase of the process. Success will actually depend on the permanent changes made in the social values not only of the community members but of the health workers, as well. It is, therefore, necessary to look upon the community in its true scope, as a partner in the undertaking, which implies social and cultural changes in the populations involved. Community education must also adapt the technologies used in the various sectoral programs in order to take advantage of existing resources, at the same time that the local population comprehends the elements introduced into the community and is able to utilize them to solve its problems. Agreements

must be reached in the political and technical areas to promote technical cooperation between countries of the region. At the same time, national health policies for technical cooperation between developing countries should

incorporate both private and public sector orientations, while at the same time calling for the creation of appropriate links with other government sectors to ensure implementation of an integrated multisectoral approach.

Discussões Técnicas da XXVII Reunião do Conselho Diretor da OPAS. Educação comunitária em saúde: avaliação dos programas atuais, novas orientações e estratégias (Resumo)

As Discussões Técnicas da XXVII Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, XXVII Reunião do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas, realizaram-se nos dias 26 e 27 de setembro de 1980 na sede da Organização em Washington, D. C. O tema discutido foi "Educação comunitária em saúde: avaliação dos programas atuais, novas orientações e estratégias". Elegeram-se o Dr. Carmelo Calvosa Chacón (Costa Rica) como Diretor de Debates e a Srta. Veta Brown (Bahamas) como Relatora. Ocupou o posto de Secretária Técnica a Srta. Marilyn Rice (OPAS). Na primeira sessão plenária o Dr. George M. Foster (OPAS) apresentou um trabalho que versou sobre a educação comunitária em saúde, com a participação da comunidade e concebida sob o ponto de vista desse grupo social.

Entre as conclusões às quais se chegaram indicou-se que o alvo que se deseja alcançar mediante as novas orientações e estratégias é promover e conseguir a incorporação das forças pertencentes à população interessada em às atividades conjuntas com o pessoal de saúde. Se se deseja que a participação comunitária constitua fator essencial nos programas de saúde e na atenção primária, considera-se como estratégia indispensável que exista ou se fortaleça uma já existente política nacional que dê seu apoio à essa participação, tanto nos níveis técnicos como nos operacionais. Por conseguinte dever-se-á prestar o apoio necessário para que essa política torne possível, na realidade, a definição e execução das atividades de educação comunitária em saúde, como a forma mais adequada de estimular essa participação. A programação dessas atividades estará configurada pelos elementos que proporcionem os programas regionais e, por sua vez, esses devem incluir as expectativas locais. No referente a recursos, o sistema de saúde deverá

contar com pessoal especializado em educação comunitária, para fazer o planejamento, treinamento, pesquisa, educação e avaliação necessários. Os especialistas em educação comunitária deverão trabalhar tanto no nível nacional—com o necessário apoio administrativo e técnico—como no nível regional.

Indicou-se, igualmente, que o novo enfoque da educação comunitária em saúde representa um desafio, tanto para o pessoal de saúde como para os membros da comunidade. É essencial considerar que os objetivos a curto prazo, que se dirigem à solução de problemas evidentes da população, contando com sua intervenção direta em todas as fases, não representam mais que o estágio inicial do processo. O que constitui a base real para o sucesso é a permanente mudança nos valores sociais não tão somente daqueles que pertencem aos membros da comunidade como também dos que são parte do pessoal de saúde. Torna-se necessário, portanto, entender a comunidade na sua justa dimensão como sujeito, sócio da empresa, o que implica a transformação social e cultural das populações envolvidas no processo. A educação comunitária deve ajustar-se também às tecnologias empregadas nos diversos programas de setores para o melhor uso e proveito dos recursos existentes. Pelo seu lado, a população local deve compreender os elementos introduzidos na comunidade para que possa utilizá-los, na solução de seus próprios problemas. É necessário chegar a acordos nos níveis político e técnico para promover eficazmente a cooperação técnica entre os países da Região. Cabe também às políticas nacionais de saúde para a cooperação técnica entre países em desenvolvimento, incluir os pontos de vista dos setores público e privado. É necessário estabelecer ligações adequadas com outros setores governamentais para assegurar que no andamento do projeto haja um enfoque multisectorial integral.

Discussions techniques à la XXVIIème Réunion du Conseil directif de l'OPS. Éducation sanitaire de la communauté: évaluation des programmes actuels, nouvelles orientations et stratégies (Résumé)

Les Discussions techniques à la XXVIIème Réunion du Conseil directif de l'Organisation panaméricaine de la Santé, XXXIIème Réunion du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques, se sont déroulées les 26 et 27 septembre 1980, au siège de l'Organisation, à Washington, D. C. Le thème étudié fut "Éducation sanitaire de la communauté:évaluation des programmes actuels, nouvelles orientations et stratégies". Le Dr. Carmelo Calvosa Chacón (Costa Rica) fut élu Président des débats, et Mlle Veta Brown (Bahamas) Rapporteur; la Secrétaire technique fut Mlle Marilyn Rice (OPS). Au cours de la première séance plénière, le Dr. George M. Foster (OPS) présenta un document au sujet de l'éducation sanitaire de la communauté, avec participation de la collectivité et conçue du point de vue de celle-ci.

Parmi les conclusions, on indiqua que le but à atteindre au moyen des nouvelles orientations et stratégies consiste à promouvoir et obtenir l'incorporation des forces propres à la population dans des activités communes avec le personnel de santé. Pour que la participation de la collectivité constitue un facteur essentiel des programmes de santé et des soins primaires, on considère comme stratégie indispensable qu'elle existe déjà ou soit renforcée une politique nationale tendant à appuyer la participation de la collectivité à des niveaux techniques et opérationnels. Aussi devra-t-on fournir l'appui nécessaire à une politique de ce genre, pour qu'elle rende réalisables les buts et la mise à l'oeuvre des activités d'éducation sanitaire de la communauté, car ceci est le moyen le plus adéquat de stimuler cette participation. La programmation de telles activités comprendra les éléments que fournissent les programmes régionaux, et ceux-ci, à leur tour, devront inclure les besoins locaux. Quant aux ressources humaines, ce système de santé devra

comprendre un personnel spécialisé en éducation communautaire, pour réaliser la planification, la formation, la recherche, l'éducation et l'évaluation. Les spécialistes en éducation de la communauté devront travailler aussi bien au niveau national, avec l'appui administratif et technique nécessaire, qu'au niveau régional.

De même, on signala que le nouveau point de vue quant à l'éducation sanitaire communautaire représente un défi, aussi bien pour le personnel de santé que pour les membres de la collectivité. Il est essentiel de considérer que les objectifs à court terme, destinés à résoudre les problèmes évidents de la population avec l'intervention directe de celle-ci à chaque phase, ne sont autre chose que l'étape initiale du processus. La base réelle du succès est constituée par les changements permanents des valeurs sociales, non seulement de celles des membres de la collectivité mais aussi de celles du personnel de santé. Aussi, il est nécessaire de percevoir la collectivité dans sa juste dimension, comme sujet associé à l'entreprise, et ceci implique le changement social et culturel des populations intéressées. L'éducation de la communauté, elle aussi, doit adapter les technologies employées dans les divers programmes des secteurs, pour pouvoir utiliser les ressources existentes, de même que la population locale doit comprendre les éléments introduits dans la collectivité et savoir s'en servir pour résoudre ses problèmes. Afin de promouvoir la coopération technique entre les pays de la Région, on doit prévoir des accords aux niveaux politique et technique. De même, les politiques nationales de santé, en vue de la coopération technique entre pays en développement, doivent inclure aussi bien les points de vue des secteurs publics que ceux des secteurs privés, et on doit prévoir la création d'échelons adéquats avec d'autres secteurs gouvernementaux, pour assurer une mise au point multisectorielle intégrale.

Discusiones Técnicas:

EDUCACION COMUNITARIA EN SALUD: EVALUACION DE LOS PROGRAMAS ACTUALES, NUEVAS ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS ¹

En el campo de la salud, los gobiernos y los organismos internacionales especializados del sistema de las Naciones Unidas han adquirido el compromiso de dar Salud para Todos en el Año 2000. Para el logro de esta meta se han propuesto dos estrategias básicas: atención primaria en salud y participación comunitaria. Esta última solo puede lograrse en forma consciente mediante la inclusión de actividades apropiadas en educación comunitaria en todos los programas que tienden a prevenir la enfermedad y promover la salud. En el presente documento se consideran los siguientes conceptos y su lugar en la atención primaria de la salud y en la participación de la comunidad:

- Educación entendida como la traducción del conocimiento en hábitos y comportamientos positivos que tienden a promover la salud del individuo, la familia y la comunidad. Según este enfoque, el conocimiento y la actitud del individuo influyen para que su comportamiento sea el más apropiado.

- Educación comunitaria como la serie de métodos, medios y técnicas dirigidos a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de la colectividad, y ocuparse desde la identificación de sus problemas y la selección de sus prioridades, hasta la ejecución y evaluación de las actividades, como también los programas que conducen a un más alto grado de salud y satisfacción de niveles básicos de bienestar.

- La comunidad como el conjunto de individuos que conviven en un área geográfica determinada, mantienen relaciones de tipo social entre ellos, y reconocen su pertenencia a tal comunidad. Sobre la base de estas consideraciones, la comunidad en su sentido más amplio puede ser la nación, la región, o la aldea.

- Participación de la comunidad como un proceso que crea en los individuos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de los demás, así como la capacidad de actuar de manera consciente y constructiva en los diferentes programas para solucionar problemas específicos.

Este documento se ha elaborado con un marco conceptual en el que las ideas relacionadas con la participación de la comunidad como un desideratum, se deben reforzar con actividades de tipo educativo que capaciten a individuos, familias y colectividades para su participación activa, consciente y deliberada en la solución de

¹ Versión condensada del documento CD27/DT/1 (mimeografiado) de las Discusiones Técnicas de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XXXII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 22 de septiembre al 3 de octubre de 1980.

sus propios problemas. Las actividades de educación tendientes a influir en el nivel de información, tipos de actitudes y formas de comportamiento relacionados con la salud, se incorporan ahora en forma definitiva al ámbito de la educación comunitaria, que requiere la adopción de enfoques y estrategias específicos para su verdadera integración en las actividades de atención primaria de la salud y participación de la comunidad

Antecedentes y resoluciones

Hace varios años que los gobiernos de las Américas han reconocido el valor de la educación comunitaria en salud y la necesidad de que la comunidad participe en el mejoramiento de esta. Para tal propósito se necesitaría extender la cobertura de los servicios de salud a todos los habitantes de cada país. Esta prioridad se refleja en antecedentes y resoluciones expresadas por muchos de los países en los últimos años. El Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980) estableció como una de sus metas "organizar la educación para la salud como parte del proceso de participación activa e informada de las comunidades en todas las acciones de salud".

En la Resolución XXII adoptada por la XXII Reunión del Consejo Directivo en septiembre de 1973, después de las Discusiones Técnicas sobre "Servicios comunitarios y participación de la población", se recomendó a los Gobiernos Miembros "que concedan una alta prioridad a la formulación y ejecución de los programas tendientes a crear en los individuos tanto un sentido de responsabilidad en cuanto a su salud y a la de la comunidad, como la capacidad de participar en forma consciente y constructiva en los programas cuyo objeto sea el bienestar de la población". En esta Resolución se solicita, además, prestar apoyo a los países que ya han formulado planes para estimular y favorecer la participación

de la comunidad en la salud, insta a otros gobiernos a que preparen planes para el mismo propósito, y solicita se conceda alta prioridad al adiestramiento en ese tipo de educación al personal de salud y organismos afines, para realizar los programas de formación y satisfacer las necesidades de la comunidad.

Como recomendación de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en septiembre de 1977, el XXV Consejo Directivo en su Resolución XIV decidió "incorporar a la política de la Organización Panamericana de la Salud el desarrollo de la participación de la comunidad y la atención primaria en salud como estrategias fundamentales, y el desarrollo administrativo y de tecnologías apropiadas, como instrumentos para garantizar la cobertura de servicios de salud".

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud llevada a cabo en Alma Ata (URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978) se reconoció que "para que la atención primaria en salud sea accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que esta y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo en salud. Para lograrlo, la comunidad ha de participar en forma plena en la planificación, organización y administración de la atención primaria de salud. Esa participación se consigue sobre todo mediante una adecuada labor de educación".

Durante la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (Grenada, 25 de septiembre al 5 de octubre de 1978), los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la Resolución XXXIII en donde se reconoce la existencia de obstáculos socioculturales en la prestación de servicios en salud y que los mecanismos de educación e información en salud son intromisiones culturales en la comunidad; como consecuencia recomendaron al Director que "preste decidido apoyo a las investigaciones destinadas a descubrir y relacionar procedimientos e

instrumentos de comunicación, como medio para mejorar los sistemas de servicios de salud”.

En la 32ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, del 7 al 25 de mayo de 1979), cuando se consideraron las estrategias a fin de lograr la meta de Salud para Todos en el Año 2000, se reconoció que la educación comunitaria en salud es esencial para que la comunidad consiga ampliar el cuidado de sí misma.

Finalmente, en ocasión de la apertura de la 33ª Asamblea Mundial de la Salud el 5 de mayo de 1980, el Presidente de la Sesión expresó entre otros los siguientes conceptos: “Se requiere un esfuerzo coordinador de la educación para la salud a fin de estimular el interés en la participación de la comunidad y promover el espíritu de autoconfianza. Este estímulo debe surgir de los gobiernos dado que en este momento, la conciencia sobre salud en la población en la mayoría de las zonas rurales es muy deficiente, y se requiere modificar nuestras actitudes para lograr una revolución en el campo de la salud”.

Los mandatos asumidos en forma conjunta por los Cuerpos Directivos implican que los gobiernos y todos los organismos relacionados con salud y desarrollo deben realizar acciones que tiendan a aumentar los conocimientos de la población sobre salud, para obtener su participación tanto individual como colectiva en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas.

Procedimientos para la elaboración de los informes

Con el propósito de conocer las características actuales de la organización, estructura y actividades en educación comunitaria en salud que existen en el hemisferio, se consideró necesario obtener alguna información específica sobre estos temas. En dos reuniones regionales, grupos

de expertos, elaboraron una guía para la recolección de la información requerida, por parte de los países. Además varios consultores visitaron diversos países, en tanto que otros gobiernos enviaron directamente sus informes a la Organización. La información solicitada cubría los siguientes aspectos: políticas sobre educación comunitaria en salud, normas, personal responsable de las actividades y su adiestramiento, tipos de programas que incluyan estos enfoques, problemas que se han identificado y características de las poblaciones que participan en estas actividades. Se procesaron los informes de 23 países y de la información proporcionada se presentan a continuación los hallazgos más importantes.

Evaluación de programas actuales y resultados de los informes

En esta sección se ofrece un resumen de la situación actual en las actividades de educación comunitaria en los países, y su integración dentro de los sistemas nacionales de salud. No puede considerarse que los datos, procedimientos y actividades descritos se hayan evaluado, puesto que en la mayoría de los casos los informes contienen datos recogidos en el corto espacio de una semana. Por tanto, solo se trata de presentar características generales.

La educación comunitaria como parte de los sistemas de salud

En la mayoría de los países existe algún tipo de política definida, relativa a la participación comunitaria en salud. Otros países se encuentran en la etapa de formulación de tal política, o bien la incorporan de manera implícita en sus políticas nacionales de salud. Pero en la mayoría de los casos dentro de las políticas definidas, no se menciona en forma específica a tal educación como un componente esencial en la participación de la comunidad.

En el nivel nacional se mencionan divisiones o departamentos, generalmente de educación para la salud o de promoción comunitaria, tanto en ministerios de salud, como de agricultura, educación, etc. En el nivel regional, se suele contar con programas específicos a cargo de personal profesional o técnico que realiza actividades de promoción e información, tales como agentes, promotores técnicos y responsables de salud, etc. Las funciones de promoción, supervisión y asesoría técnica en el nivel local las realiza el personal técnico regional, como elemento de enlace con los servicios de otros niveles. En pocos países participantes en el estudio, se observa la existencia de organismos multisectoriales en los niveles nacional o regional con funciones amplias de mejoramiento tanto económico como social, con el énfasis puesto en programas de salud.

Programación y planificación

Con frecuencia, los componentes de educación comunitaria en salud se programan en el nivel central, con limitado apoyo en estudios de tipo regional o local. Los informes de los países en general detallan prioridades de tipo técnico, y prácticamente solo en un caso la comunidad proporcionó sus prioridades a los responsables del programa. Se suelen presentar dificultades en la planificación de los programas así como en su financiamiento. No se mencionan los procesos para recolectar información sobre acciones realizadas, ni clasificación y manejo estadístico; tampoco se ha evaluado la eficacia del programa en aquellos aspectos relacionados con la educación comunitaria en salud.

Métodos y técnicas

En todos los países se utilizan los métodos tradicionales y pasivos de educación

para la salud, tales como comunicación masiva, medios audiovisuales, fotonovelas, conferencias didácticas, charlas y otros, en los centros de salud, escuelas, iglesias y centros similares. En algunos países se trata de que la comunidad participe en las actividades de educación comunitaria en salud, mediante representaciones teatrales, canciones, ferias o "días de la salud", etc. También se realizan contactos personales a través de visitas domiciliarias por parte de personal de los sistemas tradicional o formal de salud. Se efectúan actividades educativas comunitarias con técnicas de dinámica de grupo en escuelas, centros de salud, y otros grupos formados en la comunidad.

En varios casos se adiestra a personas propias de la comunidad, con atributos tales como capacidad de liderazgo y promoción. Se reconocen otras habilidades especiales en el campo de la salud (curanderos, parteras empíricas), para su incorporación en las actividades de educación comunitaria en salud. En el nivel local, tanto la integración como coordinación de actividades educativas y promocionales por parte de representantes de diversos sectores (educación, salud, agricultura) tiene mayor tradición.

Recursos

En los informes se indica la existencia de educadores para la salud en diversos países en función comunitaria. En general, este personal actúa en el nivel nacional y en ocasiones en el nivel regional. Se menciona también la participación de personal profesional y no profesional en educación comunitaria. En cuanto a los recursos materiales necesarios para las actividades, se indica que hay escasez o inadecuación de materiales educativos audiovisuales y de elementos esenciales para el fomento de actividades en educación en salud que pro-

muevan o faciliten la participación de la comunidad.

Adiestramiento y capacitación del personal

El espectro de variantes en el adiestramiento del personal incluye desde cursos académicos formales en el nivel de maestría en salud pública, con especialidad en educación para la salud y cursos en el extranjero, hasta cursillos de formación y actualización con una semana de duración. Respecto a los cursos de nivel regional, también se encuentran variaciones notorias en su duración, profundidad y enfoque, pero se desconoce el contenido específico en educación comunitaria en salud que se proporciona a este personal.

En el nivel local se realizan actividades de capacitación específicas para los programas de salud en ejecución, tales como las de tipo maternoinfantil, con el adiestramiento de parteras empíricas y saneamiento ambiental, con la capacitación de promotores en salud. Estos cursos suelen ser de muy corta duración y no se describe ni el tipo ni el contenido sobre educación comunitaria en salud. No se ha comunicado la existencia de sistemas para la educación continua en servicio del personal de salud, ni para los colaboradores de la comunidad. No se dispone de conocimientos específicos acerca de la información sobre temas de salud que se proporciona al personal docente o a los alumnos de escuelas de enseñanza primaria o secundaria, aunque algunos países informan sobre contenidos programáticos en educación para la vida familiar y la salud comunitaria, de escuelas y centros comunales.

Investigación

La mayoría de los países que informaron sobre investigaciones realizadas para

propósitos de educación en salud, se refieren a investigaciones socioeconómicas o a estudios de conocimiento, actitud y prácticas en la comunidad. En muy contadas ocasiones se informa haber realizado investigaciones previas a la planificación de un proyecto. De los estudios comunicados, la mayoría se refiere a investigaciones limitadas acerca de la eficacia de ciertos métodos, medidas o procedimientos en el logro de cambios en el comportamiento. Se cuentan con numerosos estudios de comunidades, que por su falta de carácter operativo, no se han utilizado.

Programas específicos

La información de los países acerca de los programas específicos en marcha que incorporan la educación para lograr la participación comunal en las actividades específicas de salud, muestra una gran variedad de enfoques y solo se mencionan algunos de ellos:

- Programas de alimentación y nutrición. Es frecuente el adiestramiento de elementos no formales para la distribución de "alimentación complementaria". En otros países existe coordinación con otros sectores relacionados con la producción de alimentos para consumo familiar.

- Programa de saneamiento ambiental. La educación comunal se dirige a obtener la aportación de materiales y mano de obra de la comunidad para realizar proyectos de abastecimientos de agua, o sistemas de eliminación de desechos. A través de actividades tradicionales o festividades religiosas, la comunidad participa en el mantenimiento de viviendas y la limpieza del propio ambiente.

- Actividades de educación para la salud en zonas marginales. Se enfoca hacia la educación para la vida familiar, educación sexual, prevención o lucha contra el alcoholismo, tabaquismo, o drogadicción, tratamiento y cuidado de los dientes e información y asesoramiento para problemas emocionales en el campo de la salud mental. En estas actividades colaboran asociaciones privadas, padres y jóvenes, programas no escolares y vocacionales, universidades y maestros.

• Programas de inmunización y la detección y referencia de casos de enfermedades transmisibles y parasitarias. En un gran número de países se cuenta con la colaboración de jóvenes adiestrados como voluntarios comunales en salud, y con el personal que realiza la atención médica de tipo tradicional. También se han formado comités de salud en donde la comunidad participa de modo activo en la identificación, lucha y prevención de enfermedades transmisibles.

La comunidad

Las actividades de educación comunitaria en salud informadas se realizan en especial en comunidades rurales y urbanas marginales, según sean las tendencias demográficas del país. Algunos países cuentan con un enfoque combinado para zonas rurales y urbanas. En los programas de salud se destaca la necesidad de aumentar la participación comunal mediante el trabajo a través de grupos organizados, o bien mediante comités de salud. El personal del sistema tradicional comunitario de salud, la escuela y la iglesia también han desempeñado un papel muy importante para la identificación de problemas en salud y en el desarrollo de actividades comunales para solucionarlos. Se insiste en dos aspectos claves: la disponibilidad de recursos propios de la comunidad (para lo cual hay que realizar actividades para recabar recursos, o aportación de materiales locales para obras de mejoramiento) y la organización propia de las comunidades, en especial cuando se involucra a sus miembros.

Factores que favorecen o dificultan la educación comunitaria en salud

Se ha identificado una serie de factores positivos y negativos con respecto a la educación y la participación de la comunidad en programas de salud o mejoramiento. La mayoría de los factores identificados perte-

nece al ámbito de la estructura y características de los programas en salud, en tanto que otros parecen ser producto de las características de las comunidades y de su dinámica social. Entre los primeros se mencionan: la existencia de políticas y normas de trabajo con la comunidad, en todos los niveles; la actitud favorable del personal de salud en su contacto con la comunidad; el respaldo técnico y financiero; el apoyo del equipo de salud; la solución de problemas locales concretos; la cooperación técnica y financiera de organizaciones internacionales, bilaterales y privadas; la continuidad del personal de salud en las actividades del programa y el respeto al sistema tradicional comunitario en la persona de sus representantes.

Entre los factores positivos derivados de las poblaciones se cita la existencia de líderes progresistas; la organización comunal flexible y la solidaridad para la innovación; la participación de elementos voluntarios de la comunidad; la información acerca de las metas y los propósitos del programa; el reforzamiento con medios de comunicación masiva; el apoyo al programa mediante recursos mínimos necesarios, y las visitas a comunidades vecinas para conocer sus logros mediante la participación comunal.

Entre los factores negativos se indican: los enfoques tradicionales de atención curativa e intrainstitucional; la falta de integración de los miembros del equipo de salud; la ausencia de enfoques multisectoriales; el escepticismo del personal de salud para acercarse a la comunidad, y la carencia o ausencia de personal capacitado para promover actividades de educación comunitaria en salud. Por parte de la comunidad: la pobreza o carencia de recursos; su escepticismo a causa de experiencias pasadas; la dispersión de las poblaciones rurales, y los bajos niveles educacionales o económicos. Una sola vez se han mencionado las características socioculturales del público como barrera para los programas.

Nuevas orientaciones y estrategias

Contexto del desarrollo socioeconómico y cultural

Dentro de la diversidad cultural, social y económica del continente existe el fenómeno común de la migración rural que determina la presencia crítica de tres factores importantes que inciden en la salud:

- Presión demográfica hacia las zonas urbanas.
- Necesidad de encarar la situación creada por poblaciones rurales desarraigadas.
- Necesidad de destinar mayores recursos para la solución de los problemas creados por estos desplazamientos y, en la mayoría de los casos, para continuar con la atención de las poblaciones rurales, y extender la cobertura de los servicios en salud y otros.

En la educación comunitaria en salud, el propósito que se desea lograr con las nuevas orientaciones y estrategias consiste en promover y lograr la incorporación de las fuerzas propias de la población en actividades conjuntas con el personal de salud. Estas incluyen, entre otras, las siguientes: a) estudio de los problemas que la comunidad enfrenta; b) identificación de sus prioridades, recursos y alternativas existentes; y c) capacitación de los miembros de la comunidad para una acción deliberada en apoyo de las actividades tanto de tipo multisectorial, como específicas de salud, para la solución de sus problemas y la satisfacción de sus necesidades.

Educación comunitaria en el sistema de salud

Las nuevas orientaciones y estrategias que la educación comunitaria en salud procura aportar para la solución de tales problemas en los países requieren la necesidad de cambios y ajustes en las estructuras actuales de los servicios de salud y otros sectores del desarrollo, por medio de una política nacional dirigida a apoyar su partici-

pación en los niveles técnicos y operativos. En aquellos países que cuentan con los recursos y los medios apropiados, se puede considerar la posibilidad de establecer progresivamente— a partir de prioridades de interés inmediato— actividades y coordinación de tipo multisectorial o intersectorial.

Sobre la base de la organización del sistema de salud del país, los recursos, las necesidades y prioridades contempladas, se establecerán normas para las actividades de educación comunitaria en salud. Estas deben ser ampliamente conocidas por el personal de salud de todos los niveles que están asignados a cualquier programa con objeto de que las acciones educativas apropiadas desde el punto de vista administrativo y técnico, también se deberán difundir entre el personal a través de manuales, folletos instructivos, documentos oficiales y otros procedimientos, con la necesaria flexibilidad para su aplicación según las condiciones de cada región, zona o comunidad.

Estructura para la educación comunitaria en el sistema de salud

Con la extensión de sus servicios en salud a las zonas marginales urbanas y rurales, en algunos países se considera la posibilidad de efectuar cambios en la estructura de servicios, acorde con los recursos, para realizar actividades de educación comunitaria en salud. Entre estos cambios se destacan los siguientes:

En el nivel nacional, se requiere el establecimiento o el refuerzo de un servicio normativo de educación para la salud que cuente con personal interdisciplinario.

En el nivel regional, todas sus unidades operativas deberán integrarse y organizarse para el ofrecimiento de servicios en todos los niveles. Se requiere que todo el personal de estas unidades participe en actividades de educación comunitaria en salud. En el nivel regional se debe organi-

zar y reforzar con personal auxiliar estas actividades que prestarán apoyo a los servicios primarios de salud.

En el nivel local, las funciones del personal en los servicios de salud, a través de la educación y formación de grupos, procurará tanto encauzar como estimular la capacidad y potencialidad de las comunidades para lograr su participación en programas integrales específicos de salud, además de la posible coordinación en actividades de otros sectores de mejoramiento.

Programación y planificación

La programación de las acciones de educación comunitaria en salud estará configurada por los elementos que proporcionen los programas regionales y, a su vez, estos deben contener las expectativas locales. Los documentos relacionados con la programación tales como planes de acción, servicios y proyectos en donde resulta importante la inclusión de la educación comunitaria en salud, deben contener las indicaciones, sugerencias, aspiraciones y compromisos de la comunidad, como también la cooperación a que se ha comprometido la institución o personal involucrado en el proyecto. En este caso, la planificación es un proceso de prevención que establece los mecanismos técnicos en aspectos de duración, información, motivación y evaluación. Para que la planificación de la educación comunitaria en salud sea eficaz en el logro de la participación comunal, se requiere que los programas generales o específicos cumplan en forma conjunta las siguientes condiciones

- Las acciones locales deben programarse sobre realidades concretas que puedan expresarse de modo cualitativo y cuantitativo.

- A través de los contactos con que se llevan a cabo las acciones educativas, se debe lograr una firme decisión de la comunidad para participar en las actividades.

- Se debe contar con instrucciones, manuales y guías de fácil interpretación.

- Se debe realizar la capacitación del personal local, líderes o miembros de comités para la realización de proyectos y para su administración y mantenimiento.

La evaluación periódica de todos los aspectos del programa debe efectuarse con la participación de miembros de la comunidad, para valorar los logros obtenidos y las necesidades aún no satisfechas. De especial importancia para la educación comunitaria en salud es la evaluación de los procesos cumplidos durante la realización de las actividades, dado que se requiere establecer una sólida base teorico-práctica para las actividades futuras que permita el registro e intercambio de experiencias.

Métodos y técnicas

- 1) El personal de salud deberá motivar y orientar a la población para obtener información básica requerida al planificar y ejecutar los proyectos. Asimismo deberá explicar por qué es necesaria tal información, dónde y cómo puede obtenerse y, una vez recogida, orientar la interpretación de tal conocimiento para que la comunidad pueda determinar las prioridades, con su colaboración. El proceso inicial para obtener información se dirige, como es obvio, a que la población tome conciencia de sus problemas, de sus recursos y de las alternativas existentes para su resolución. En contacto con los miembros de la comunidad, el personal de salud puede obtener indicaciones acerca de las personas más idóneas para proporcionar y conseguir la información necesaria. El personal docente, así como los estudiantes de centros superiores pueden cooperar en la búsqueda de información y se podría alentar a los estudiantes para que utilicen dicha información en monografías escolares o tesis de grado.

- 2) Como parte de este mismo proceso, se podría detectar a los líderes formales e informales, así como a los representantes

del sistema comunitario de salud. Se destaca la importancia de involucrar a estas personas en los propósitos del proyecto, en concederles la jerarquía que la misma población les reconoce, y en hacerlos copartícipes de las decisiones. Los representantes del sistema comunitario de salud también pueden identificarse sobre la base de su reputación ya que, así como hay curanderos hábiles y conscientes, existe un número de individuos que la población está en condiciones de identificar, y cuya participación en las actividades del programa puede no ser deseable.

3) Conviene tener presente que el proceso de motivación y orientación a la comunidad no necesariamente es uniseccional. De ser posible, debe buscarse la coparticipación de representantes locales o regionales de otros sectores (agricultura, educación, o vivienda, por ejemplo) con objeto de que la comunidad mantenga una adecuada perspectiva de sus necesidades. Con este propósito, conviene identificar en el nivel regional o nacional a los representantes de otros sectores, obtener información acerca de sus objetivos y procedimientos, e invitar a representantes de la comunidad para reunirse con ellos, de modo conjunto con el personal de salud, para analizar todas las necesidades identificadas, determinar prioridades y conocer todas las posibles alternativas.

4) En ocasiones, los miembros de la comunidad pueden resistirse a participar, sobre todo porque desconocen las responsabilidades y obligaciones que esa participación requiere, pero también las ventajas que de ella se derivarían. Se debe explicar con claridad el tipo de responsabilidades y obligaciones que ello requiere; por ejemplo, cómo debe funcionar un comité, qué clase de actividades se solicitarán de un auxiliar de salud, o en qué forma se realizará un censo de la población. Esta capacitación es esencial y debe ser parte integrante de las actividades generales del personal de salud. La capacitación en estos

aspectos puede proporcionarse en forma práctica, sencilla y amena, mediante el uso de sociodramas, sesiones de discusión con los miembros del equipo de salud en colaboración con miembros de la comunidad y otros elementos, por ejemplo, invitados de otras comunidades.

5) Por último, es necesario subrayar la importancia de la información amplia y frecuente. Este procedimiento será importante estímulo para quienes se han esforzado en el logro de los resultados ya obtenidos, pero también para aquellos que, por escepticismo o falta de información, aún no participan activamente en los proyectos.

En comunidades urbanas marginales se puede facilitar la retroinformación mediante boletines periodísticos y la organización de "días de la salud" en las escuelas, ferias de salud y otros sistemas de congregación comunitaria. Estos procedimientos también resultan efectivos en comunidades rurales, si se realizan en escala apropiada. Sin embargo, no hay mejor medio de convencimiento que la evidencia: visitas a comunidades vecinas donde se han realizado actividades, intercambios con sus pobladores para que describan sus experiencias, periódicos murales en lugares públicos (escuela, alcaldía e iglesia), que muestren de manera gráfica los avances del programa, son procedimientos ya usuales para proporcionar tal retroinformación a la población.

No se pretende que las anteriores estrategias sean en su totalidad originales o novedosas. Sin embargo es conveniente insistir en que los nuevos enfoques de la educación comunitaria en salud se apoyan más en el trabajo directo con los miembros de la comunidad que en el tradicional enfoque de la plática, la conferencia o la película, cuya meta es indicar a la población qué debe creer y cómo debe actuar, o sea, considerarlos como receptores pasivos de mensajes acerca de su propia salud.

Recursos

El sistema de salud deberá contar con personal especializado en educación comunitaria en salud que realizará actividades de planificación, adiestramiento, investigación, educación y evaluación, con el apoyo de los niveles superiores para llevar a cabo su función con el equipo de salud y como parte integrante del mismo.

Los especialistas en educación comunitaria en salud trabajan tanto en el nivel nacional, con el necesario apoyo administrativo y técnico, como en el regional. Es posible que un solo especialista pueda desempeñarse en varias regiones o jurisdicciones, en especial cuando existen similitudes. Este es el recurso más importante de todo el país; por tanto el educador sabe y debe estar consciente de que los individuos y las comunidades tienen tanto capacidad como potencialidad para mejorar, de modo que su función radica en impulsar, capacitar y motivar a la misma para que logre su superación en aspectos de salud y bienestar.

El educador debe impulsar a los dirigentes para que pongan en marcha las fuerzas vivas internas, capaces de producir un mejoramiento auténticamente propio, lo que significará el apoyo permanente de las acciones en salud. En general, la comunidad podrá aportar materiales y mano de obra para la realización y mantenimiento de sus servicios o proyectos de salud. La educación comunitaria facilitará la selección de la tecnología apropiada para dichos servicios o proyectos y logrará que la comunidad participe en una correcta administración, mantenimiento y aprovechamiento de tales recursos.

El financiamiento de las actividades de educación comunitaria en salud debe reflejar de manera apropiada la prioridad que se le concede, en forma de partidas presupuestarias específicas para sueldos y salarios, adquisición de vehículos y materiales educacionales, además de la posible

aportación de estímulos como incentivos para aquellas comunidades que requieren, no solo del apoyo técnico, sino también de modestas aportaciones en materiales o alimentos que les permitan llevar a cabo las acciones contempladas como prioritarias.

Adiestramiento y capacitación del personal

Las actividades de adiestramiento y capacitación de personal en educación comunitaria en salud deben realizarse con contenidos teóricos y prácticos. El contenido teórico debe insistir en la política social del país, y la participación de la comunidad en su propio mejoramiento. Ello implica que el personal en adiestramiento tome conciencia de su propia responsabilidad en el desarrollo socioeconómico y cultural de la población, a la vez que conozca al individuo como parte del programa y la comunidad. Debe plantear una respuesta de cooperación con la comunidad mediante el establecimiento de relaciones de mutua responsabilidad y colaboración. La parte teórica debe relacionar la educación comunitaria en salud con aspectos de filosofía, doctrina, principios y conceptos, todos en el contexto de promover la activa participación del individuo, la familia y la comunidad en el cuidado de sí mismos y en la atención primaria en salud.

El contenido práctico proporciona al individuo los métodos, estrategias, técnicas y procedimientos necesarios para el logro de su cometido. Incluye los conocimientos generales y específicos sobre salud y enfermedad, medio ambiente, necesidades de salud en la población, como asimismo su relación con las características económicas y sociales del país y la región. Además de los conocimientos generales y específicos sobre salud, será parte importante del contenido, la metodología y técnicas de la educación comunitaria en salud, incluidas las técnicas para el diagnóstico educativo de

la comunidad, dinámica de los grupos humanos, liderazgo y organización comunal, técnicas de comunicación e información, características de la motivación humana, conocimientos sólidos sobre técnicas y procedimientos educacionales, investigación social y evaluación, características sociales y culturales de la población con la cual se trabaja, estructura y organización de los servicios de salud, así como de otros sectores del desarrollo tales como agricultura, educación, vivienda y otros. Los nuevos cursos de formación de la materia serán diseñados por miembros del equipo multidisciplinario que puede incluir, entre otros especialistas, a los siguientes:

- Especialista en salud pública.
- Especialista en educación para la salud.
- Especialista en ciencias sociales (antropología, psicología social).
- Otros especialistas de acuerdo con el tipo de programas de salud y acciones de educación comunitaria en salud que existen en el país.

El especialista en educación comunitaria en salud no puede trabajar aislado. El personal profesional y auxiliar del equipo de salud, junto con colaboradores locales, serán básicamente responsables de efectuar las acciones conducentes al logro de la participación comunitaria mediante la educación. Por tal motivo, debe considerarse el contenido en educación comunitaria en los programas de adiestramiento del personal de salud en todos los niveles, y adecuarlo a las funciones de cada miembro del personal: médicos, enfermeras, ingenieros, técnicos en sanidad, promotores de salud, etc. El adiestramiento y capacitación del personal local también será responsabilidad del equipo de salud, y podrá realizarse en cursillos básicos o en servicio.

Es indispensable considerar la educación continua para el personal del equipo de salud, así como la de los colaboradores locales. Las necesidades y los problemas de adiestramiento se identifican mediante

actividades de supervisión al personal en servicio, y se evalúa con frecuencia su eficacia en el cumplimiento de sus actividades. Los costos para llevar a cabo las actividades de adiestramiento y capacitación del personal en salud y de la comunidad deben considerarse prioritarios. Los gobiernos nacionales deben explorar la posibilidad de utilizar toda la cooperación internacional y privada existente.

Investigación

En el presente, la educación comunitaria en salud requiere la realización de investigaciones, y la evaluación periódica y final de sus actividades. Dos niveles de estudio operativos se consideran necesarios: a) el estudio básico de las comunidades cuya participación se desea en el logro de las metas de los programas y b) investigaciones profundas para conocer con mayor claridad y precisión la dinámica social, la motivación humana con fenómenos de cooperación y participación, el lugar que ocupa la salud en la escala de los valores sociales, como también las barreras para el establecimiento de nuevos patrones de comportamiento más acordes con las necesidades de salud y el desarrollo económico social de las poblaciones.

Los miembros de la comunidad deberán relacionarse en forma estrecha con las actividades del estudio básico de la comunidad. Los hallazgos de tales estudios deberán ser conocidos en forma amplia por los miembros de la comunidad. El personal de salud, así como el de otros sectores, podrá interpretar las implicaciones de tales hallazgos para la población con objeto de que la evaluación de la situación, la definición de los problemas y el señalamiento de prioridades de trabajo se realicen sobre la base de una decisión informada por parte de la comunidad.

Será importante explorar las tecnologías y recursos de la comunidad teniendo en

cuenta el concepto de uso de tecnología apropiada. El personal de salud, y en especial el educador en salud, podrán participar en los estudios de los fenómenos sociales dirigidos a un mejor conocimiento de los procesos regionales y locales para toma de decisiones, fenómenos de comportamiento individual y colectivo asociados a la participación de la comunidad por medio de la educación comunitaria en salud, y evaluación de tal participación.

Trascendencia de los nuevos enfoques de la educación comunitaria en salud

El nuevo enfoque de la educación comunitaria en salud representa un reto tanto para el personal de salud como para los miembros de la comunidad, ya que considera a la comunidad como sujeto de la empresa y no como objeto o blanco de los programas. Es esencial considerar que los objetivos de corto plazo, dirigidos a la solución de problemas evidentes de la población con su intervención directa en todas las fases, no son otra cosa que la etapa inicial del proceso. La base real para el éxito la constituyen los cambios permanentes en los valores sociales, no solo de los miembros de la comunidad, sino también del personal de salud. La dotación de agua o las campañas de inmunización son logros técnicos, que al mismo tiempo producen un efecto notorio en valores sociales tales como el lugar que la salud ocupa en la escala de necesidades sociales, la modificación de su actitud fatalista por el concepto de colaboración para el bien común, y el despertar de una creciente responsabilidad del individuo hacia su familia y la colectividad. La educación comunitaria puede servir de base para la creación y fortalecimiento de una conciencia de grupo que refleje los anhelos y las aspiraciones colectivas. El efecto en cadena que se genera en las comunidades al modificar sus percepciones y sus valores puede ser el punto de

despegue para todo un sistema de trabajo con las colectividades a fin de elevar el nivel de vida en forma continua.

Tecnología apropiada

Se considera la tecnología apropiada como la aplicación sistemática de un conocimiento, técnica o instrumento en la solución de problemas relevantes de salud, que no provoque efecto negativo sobre la sociedad, la economía, la cultura y la ecología donde se aplica. Dicha tecnología deberá ser aceptada, viable y manejable por la propia población, además de efectiva para los objetivos y problemas en donde se utiliza. En la sección anterior de *Métodos y técnicas* se mencionan numerosas tecnologías específicas; lo más importante al emplearlas es que se incluya a la comunidad y que se aprovechen sus recursos, cultura y puntos de vista. También es necesario reconocer que los cambios de comportamiento en salud solo serán eficaces si se clarifican los valores y las actitudes. Si el fin es promover en la comunidad una actitud de autorresponsabilidad por su salud, las tecnologías de educación comunitaria deben promover este enfoque.

La educación comunitaria en salud también debe ajustar las tecnologías empleadas en los diferentes programas de distintos sectores que trabajan con la comunidad, para que se aprovechen los recursos existentes a la vez que la población local comprenda los elementos introducidos en la comunidad y pueda utilizarlos para resolver sus problemas.

Cooperación técnica entre países

El propósito de la cooperación técnica entre países consiste en perfeccionar y emplear al máximo las capacidades nacionales mediante el intercambio financiero y tecnológico; esta clase de coopera-

ción tiene un efecto multiplicador. Además es un complemento a las acciones del propio país, y debe tener en cuenta no solo la cooperación técnica y financiera entre países desarrollados y en desarrollo, sino también entre países en desarrollo. Para obtener el mayor beneficio de esta cooperación, es necesario que el país desenvuelva al máximo su capacidad de análisis y programación de la cooperación interna que se necesita.

La ayuda mutua entre países en desarrollo debe incluir la difusión de conocimientos técnicos y los medios para la formación de personal profesional en salud, el perfeccionamiento e intercambio de tecnologías apropiadas, como también la coparticipación de experiencias e información sobre factores y actividades en proyectos que han tenido éxito. Los centros nacionales o subregionales de adiestramiento son elementos importantes de este intercambio.

En el nivel nacional se requiere un sistema de información que proporcione datos sobre la situación actual en el país y las necesidades futuras. En el campo de la

educación comunitaria en salud se necesita información relacionada con: a) personal o adiestramiento requeridos; b) técnicas que se utilizan y las que resultan necesarias; c) materiales educativos y de referencia, con una evaluación apreciativa de ellos, y d) modelos, descripciones y evaluación de aquellos empleados que han promovido la participación de la comunidad a través de las actividades de educación comunitaria en salud.

Papel de los organismos internacionales

Sobre la base de la programación de los países, las agencias internacionales deben apoyar el mejoramiento y ejecución de las estrategias, programas y tecnologías internacionales a través de cooperación técnica, financiera o ambas, y el apoyo al intercambio entre países de expertos en educación comunitaria en salud, como también la utilización de centros nacionales o subregionales de adiestramiento e investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Ehrlich, H. J. The reputational approach to the study of community power. *Am Sociol Rev* 26:6, 1961.
- Foster, G. M. *Applied anthropology*. Boston, Little Brown, 1969.
- Foster, G. M. *Culturas tradicionales y el impacto tecnológico*. México, Fondo de Cultura Económica, 1975.
- Foster, G. M. Problemas en los programas sanitarios interculturales. México, Instituto Nacional Indigenista, 1959. (Documento mimeografiado.)
- Foster, G. M. Technical assistance methodology: An anthropologist's view. *Dev Dig* 12(3):87-94, 1976.
- Foster, G. M. y B. Anderson. *Medical anthropology*. Boston, Little Brown, 1977.
- García Manzanedo, H. Características socioculturales del medio rural latinoamericano, su influencia y relación con la salud. *Bol Of Sanit Panam* 64(1):39-51, 1968.
- García Manzanedo, H. Cultura dominante y subcultura: ¿Es necesario el cambio? *Int J Health-Educ* 19(4):245-248, 1976.
- García Manzanedo, H. Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y la participación de la comunidad. *Bol Of Sanit Panam* 84(3):196-206, 1978.
- García Sánchez, F. y E. Pinto. *Manual de técnicas y procedimientos para la promoción comunal en programas de servicios de agua potable*. México, Secretaría de Recursos Hidráulicos, 1974.
- Getting, V. A. Community self-study in a changing

- society. *Am J Public Health* 52:6, 1962.
- Gunaratne, Y. T. H. Health for all by the year 2000: The role of health education. *Int J Health Educ* 23(suppl) (1):11, 1980.
- Kelly, I. *La antropología, la educación higiénica y la salud pública*. Ministerio de Salud, La Paz, Bolivia, 1958.
- Organización de los Estados Americanos. *Organización y desarrollo de la comunidad, colección de documentos*. Washington, D.C., 1952.
- Organización Mundial de la Salud. Conferencia internacional sobre atención primaria en salud. Alma Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978. En: *Atención primaria de salud. Informe Conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra-Nueva York, 1978.
- Organización Mundial de la Salud. Documento de trabajo de la Oficina Regional del Mediterráneo Oriental. Health education with special reference to the primary health care approach. *Int J Health Educ* 21(suppl.) (2):19, 1978.
- Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Africa. *Community health information and education*. Brazaville, 1979.
- Organización Panamericana de la Salud. Caribbean workshop on family life education and health education. Georgetown, Guyana. 17-28 de enero de 1978. (Documento mimeografiado.)
- Organización Panamericana de la Salud. Esquema metodológico simplificado de investigación del sistema tradicional comunitario de salud y perfeccionamiento de las técnicas de promoción de la participación de la comunidad en la extensión de la cobertura de servicios de salud a la población. Washington, D.C., 1978. (Documento mimeografiado.)
- Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación actual de la educación comunitaria en salud y la participación de la comunidad en los países del hemisferio. En: Tema 20 del programa provisional de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Discusiones técnicas. Educación comunitaria en salud: evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias. CD27/DT/1(Esp.) Washington, D.C., 1980. (Documento mimeografiado.)
- Organización Panamericana de la Salud. Un modelo de estudios nacionales orientados al análisis crítico del estado actual de la educación y participación de la comunidad en los programas y servicios de salud. Washington, D.C., 1979. (Documento mimeografiado.)
- Organización Panamericana de la Salud. *III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final. Plan Decenal de salud para las Américas*. Santiago, Chile. 2-9 de octubre de 1972. (Documento Oficial No. 118, 1973.)
- Palmer, B. Z., R. L. Sisson, C. Kyle y A. Hebb. Community participation in the planning process. *Health Educ Monogr* 32:5-21, 1972.
- Paul, B. D. (Ed.) *Health culture and community*. Nueva York, Russell Sage Foundation, 1954.
- Ratoosh, P. Decision-making in small groups. *Health Educ Monogr* 13:13-24, 1962.
- Suchman, E. A. *Evaluative Research*. Nueva York, Russell Sage Foundation, 1967.
- Vega Franco, L. y H. García Manzanedo. *Bases esenciales de la salud pública*. México, Prensa Médica Mexicana, 1977.
- Warren, R. R. *Studying your community*. Nueva York, Free Press, 1955.