

371.7  
A 37ed



MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL  
SECRETARIA DE SALUD

# **EDUCACION PARA LA SALUD**

ASPECTOS BASICOS CONCEPTUALES.  
GUIA DE PROGRAMACION

SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD  
DIRECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD

BUENOS AIRES - REPUBLICA ARGENTINA  
1986

INV	020521
SIG	371.7
LIB	A 37 ed

# EDUCACION PARA LA SALUD

Aspectos básicos conceptuales. Guía de programación

---

ARROSI, JUAN CARLOS  
ANDUEZA, ELENA BEATRIZ  
SOMMERFELT, IRMA ESTELA  
ZERDA, PAOLA NELLY  
ANCINA, JUAN RICARDO  
MAMONDEZ, CARLOS ALBERTO

Asesor Docente: DR. SAUL BIOCCA

---

UBA - Escuela de Salud Pública,  
Curso de Diplomados de Salud Pública - 1983

Un hombre lleno de sabiduría dijo...

Vé con el pueblo

Vive con él

Aprende de él

Amalo

Empieza por lo que sabe

Construye sobre lo que tiene

(pero -prosigue - y esta es la parte más  
difícil de aceptar por los profesionales)

Cuando los mejores jefes

Han cumplido su misión

Han hecho su trabajo

El pueblo dirá

“Lo hemos hecho nosotros”.

Katherina Elliot, Los auxilios  
sanitarios y el equipo de salud.  
Edición preparada por Muriel  
Skeet y K. Elliot. Croom Helm  
1978, pág. 210.

## INTRODUCCION

El grupo de trabajo responsable de esta monografía está constituido por profesionales de distintas disciplinas, identificados entre si por un enfoque particularmente social de la medicina. Este enfoque considera al hombre inserto en un medio que lo influye en forma permanente, y que ya no es sólo biológico y fisicoquímico, sino también, fundamentalmente, psicosociocultural. "La medicina puesta al servicio del hombre, considerado por sobre todas las cosas como un ser social" como diría Noel Sbarra.

Los autores acreditan también una común natural vocación por el trabajo en la comunidad y una acendrada confianza en las posibilidades de la educación como instrumento básico para el desarrollo integral del ser humano en sociedad.

No ha sido entonces por azar que el tema tratado haya sido "Educación para la Salud".

En el marco de la estrategia mundial para conseguir "salud para todos en el año 2000", donde cobra especial relevancia el logro de la participación activa y responsable de la comunidad para hacerla artífice de su propia salud y bienestar, la educación para la salud se constituye en el recurso por excelencia, y así se lo destaca en la Declaración de Alma-Ata (OMS/1978) y en todos los foros internacionales que se vienen ocupando del tema en la última década.

La educación para la salud está hoy revalorizada y enfrentada consecuentemente a nuevas y decisivas responsabilidades, que constituyen un verdadero desafío en el campo de la salud, la conducta y la educación. Puede esperarse entonces que haya en

el futuro un interés cada vez mayor por todo lo que trate y actualice la problemática educativo-sanitaria, tanto en los más altos niveles de decisión del sector salud como del personal con responsabilidades específicas en el área.

Esta monografía, que está basada en la experiencia profesional de sus autores y en una intensiva consulta bibliográfica, se ha propuesto como aporte para el conocimiento de temas básicos de la especialidad, destinado especialmente a personal profesional o técnico con responsabilidades de planificación y programación de actividades educativo sanitarias en cualquier nivel y jurisdicción.

Con dicho objetivo, y ante la imposibilidad, dada las limitaciones propias de una monografía de este tipo, de abarcar todos los aspectos principales que hacen al tema, que son muchos y de muy diversa naturaleza, se han desarrollado sólo aquellos que a juicio del grupo pueden revestir mayor interés práctico. Deliberadamente se buscó un tratamiento de síntesis con un lenguaje fácilmente entendible que evitara tecnicismos que pudieran no ser accesibles a todos los lectores.

La monografía comprende dos capítulos. El primero se refiere a aspectos conceptuales y doctrinarios en general. El segundo a planificación y programación con una guía para la elaboración de programas educativo-sanitarios.

El grupo quiere dejar especial constancia de su agradecimiento al Dr. Saúl Biocca, que actuó como asesor docente, y a cuya generosa cooperación y estímulo se debe gran parte del mérito que pueda llegar a tener este trabajo.

## CAPITULO 1: ASPECTOS BASICOS CONCEPTUALES

### DEFINICION Y CONCEPTO

Existen innumerables definiciones de la educación para la salud. Una de las que merece señalarse es la enunciada hace más de cincuenta años por la Asociación Médica Americana de los Estados Unidos: "Es la suma de experiencias destinadas a influir favorablemente los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud individual y colectiva". A pesar de su antigüedad, esa definición sigue siendo modelo de síntesis para expresar lo sustancial del concepto educativo sanitario (43).

Más reciente y actualizada es la definición del Dr. Saúl Biocca: "Es el proceso de enseñanza-aprendizaje interdisciplinario y multisectorial, basado en la ciencia, la técnica y el respeto por el ser humano, cuyo objetivo es elevar el nivel de salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante el logro de conductas positivas, responsables, solidarias y duraderas" (7). Esta definición remarca los elementos claves de la concepción más actualizada y pone el acento en aspectos de índole ético-moral y humanísticos, que no suelen ser tenidos en cuenta en definiciones corrientes.

Cabría destacar especialmente el concepto de *participación comunitaria*, que como veremos en el transcurso del trabajo, ha llegado en la última década a formar parte de la esencia misma de la educación para la salud, a la vez como objetivo y estrategia principalísimos de su quehacer.

La educación para la salud es por su significación y alcance una acción básica de salud pública (41), que tiene sustento esencial en las ciencias de la salud, la conducta y la educación; implica un proceso activo, planeado y orientado hacia objetivos y metas precisas que se identifican con los valores más trascendentes del ser humano.

### Evolución histórica conceptual y doctrinaria

La expresión educación sanitaria nace a fines del siglo pasado, como respuesta a la necesidad de denominar de algún modo a las incipientes prácticas de información sanitaria que comenzaban a manifestarse como natural consecuencia de los progresos de la era bacteriológica.

Los nuevos tiempos suponían la posibilidad concreta de un control cada vez más efectivo de las

grandes epidemias de la época, que constituían por entonces el problema por excelencia. Para ello, se hacía necesario difundir información sobre los nuevos conocimientos y adelantos científicos. Esa información debía alcanzar de algún modo a las gentes del pueblo pero en ese momento debía principalmente, llegar a las autoridades y a los factores de poder, que eran quienes tenían en sus manos la posibilidad de concretar las propuestas en que se basó a principios de siglo, el nuevo enfoque de la medicina, como las obras de saneamiento, la cloración del agua, la disposición adecuada de residuos y excretas, la higienización de los alimentos, las campañas de vacunación o la legislación atingente (24).

La medicina preventiva comenzaba a crecer al lado de la medicina asistencial, que durante milenios había dominado la escena casi en exclusividad.

Con el correr del tiempo, la desaparición progresiva de las grandes epidemias llevó el centro principal de la atención médica hacia patologías individuales, pero de gran repercusión social. De las infecciosas y parasitarias se fue pasando gradualmente a las degenerativas y por desgaste. En esa evolución se fue haciendo evidente la necesidad de que las personas y las poblaciones poseyeran cada vez, más información y conocimientos, pero también que esa información y esos conocimientos sirvieran a la adquisición de comportamientos adecuados.

El cambio se va operando a favor principalmente de esfuerzos individuales, de esfuerzos de visionarios que entrevieron las posibilidades de la educación y comenzaron a confiar en ella.

El nacimiento de la educación sanitaria como disciplina formal, se demoró tal vez en demasía y cuando fue ya una realidad, su enfoque siguió siendo por mucho tiempo meramente informativo, sin preocupación mayor por ahondar en las percepciones y motivaciones comunitarias ni salir de un ámbito restringido de aplicación. Sus criterios eran eminentemente paternalistas, la autoridad decidía unilateralmente por sí y ante sí, qué era lo que debía hacerse y con lo que debía cooperarse. Por entonces casi ninguna inquietud había por las necesidades sentidas de las poblaciones ni por investigar sus hábitos y tradiciones, sus actitudes y sus conductas. Difícilmente se llegaba a emplear métodos o técnicas que excedieran en mucho la simple fija-

**CIENCIAS  
DE LA  
SALUD**

**CIENCIAS  
DE LA  
CONDUCTA**

**CIENCIAS  
DE LA  
EDUCACION**

**EDUCACION  
PARA LA  
SALUD**

## **DECALOGO**

1. Identificarse en forma plena y sinceramente solidaria con las personas y poblaciones objetivo.
2. Investigar en profundidad las percepciones y las motivaciones de sus opiniones, hábitos y conductas.
3. Investigar las necesidades sentidas por la comunidad y procurarles solución con carácter prioritario.
4. Promover la participación comunitaria activa y conciente, en todas las etapas de la planificación educativo sanitaria.
5. Promover en el enfoque participativo un espíritu de solidaridad comunitaria basado en los conceptos de autorresponsabilidad y autoayuda.
6. Establecer en el trabajo comunitario, objetivos, claros, precisos, factibles y viables.
7. Seleccionar métodos y técnicas de enseñanza-aprendizaje dinámicos, flexibles y, fundamentalmente, participativos.
8. Desarrollar acciones prácticas y concretas, en el marco de un esfuerzo interdisciplinario y multi-sectorial, debidamente coordinado.
9. Ser pacientes y humildes, sin esperar resultados espectaculares en el corto plazo.
10. Hacer de la salud y del bienestar un patrimonio de todos, a defender con la participación de todos.

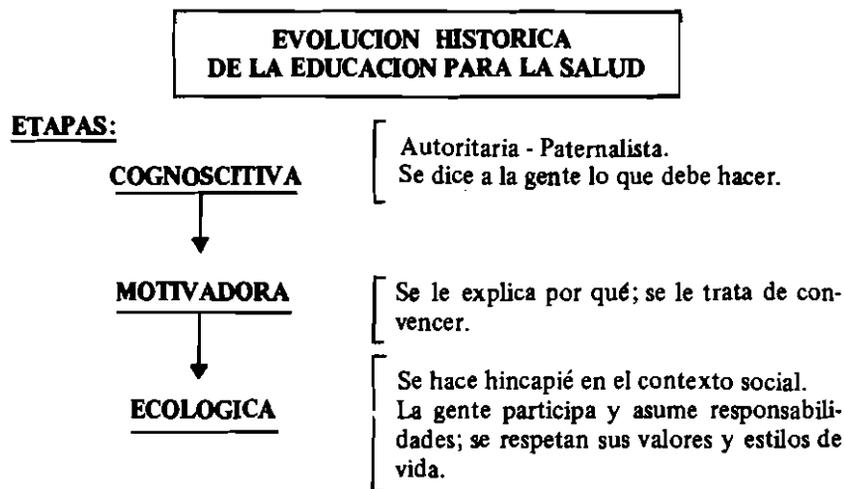
ción de carteles, la distribución ocasional de folletos o volantes o el dictado de charlas, conferencias en las que generalmente algún sabelotodo decía su discurso ante auditorios casi siempre obligados a la pasividad más absoluta.

En los últimos cincuenta años, la educación sanitaria, que en la década del 60 comenzó a llamarse educación para la salud, entra en un proceso de acelerada transformación, reconceptualiza su doctrina y redefine sus estrategias y su metodología. Su propósito fundamental ya no queda limitado a brindar información o procurar conocimientos, sino que plantea básicamente el logro de conductas útiles individuales y sociales.

Cada vez más, se va poniendo el énfasis en la

motivación y, finalmente, se evoluciona hacia un momento en que toman significación decisiva las tradiciones, las normas sociales, los estilos de vida y las formas de comunicación e interacción existentes en la comunidad.

El modelo educativo sanitario fue primero **cognoscitivo**, luego **motivador** y en definitiva, **ecológico**. Lo fundamental pasó a ser el respeto por los valores propios de la comunidad y su participación plena en todo proyecto de desarrollo y bienestar. Si en las dos primeras etapas el acento estuvo puesto en lo individual, en la última lo está en lo social y en lo que constituye la esencia misma de la comunidad: la familia, la escuela y sus propias organizaciones (49).



La transformación sufrida por la educación para la salud a través del tiempo tuvo que ver esencialmente con cambios conceptuales, también sustanciales, que fueron produciéndose en las ciencias sociales, de la educación y de la salud.

En relación con las ciencias de la conducta, un conocimiento cada vez más profundo de las estructuras sociales y de las técnicas de investigación y una mejor instrumentación de los procesos de cambio social, significaron aportes de valor en el campo de la educación para la salud.

En educación se produjeron modificaciones importantes especialmente en la pedagogía. Un criterio tradicional eminentemente académico y enciclopedista pasó a ser, sobre todas las cosas, formador y participativo (40).

En el área de la salud, ésta dejó de ser entendida como la mera ausencia de enfermedad, y fue adquiriendo valor en sí misma como bien individual y social de primera magnitud.

Se revalorizó al hombre, a quien llegó a defi-

nirse como una unidad psicofísica, influida fundamentalmente por dos factores principales: la herencia y el ambiente; y en éste se reconocieron componentes físicoquímicos, biológicos y psicosocioculturales, con una permanente interacción entre sí y con los individuos y comunidades. Quizá el pleno reconocimiento de ambiente psicosociocultural, junto con el físicoquímico y el biológico, que durante tanto tiempo fueron tratados casi exclusivamente, sea uno de los progresos más significativos y de mayor trascendencia de la medicina del siglo.

La salud pasó a reconceptualizarse como un estado de equilibrio dinámico, en las siempre variables condiciones en que se desenvuelve la interacción hombre-medio. La salud como derecho fundamental y la responsabilidad individual y social que el mismo implica, así como el reconocimiento de su valor ético-moral y económico social, terminaron por condicionar de principalísima forma los contenidos de la educación para la salud (7)(40).

## CONCEPTO DE LA SALUD Y ALGUNAS PROPOSICIONES BASICAS

1. El hombre como una unidad psicofísica, "por cierto" también espiritual, influida fundamentalmente por dos factores: la herencia y el ambiente.
2. El ambiente constituido por componentes fisicoquímicos, biológicos y psicosocioculturales, que interactúan constantemente entre sí y con el hombre.
3. La salud como estado de equilibrio dinámico en la permanente interacción hombre/ambiente.
4. La salud como campo de equipos interdisciplinarios y multisectoriales.
5. La salud como derecho humano fundamental pero a la vez como responsabilidad, individual y social de primer orden.
6. La salud como un valor ético-moral y económico-social.
7. La salud y su relación con el nivel de vida y el desarrollo económico social.

La introducción reciente del concepto de la atención primaria de la salud como propuesta para asegurar la prestación de servicios básicos de salud a toda la población, sin distinción alguna, eliminando desigualdades e injustas diferencias, ha obligado también ultimamente a un reajuste de los planes y programas del sector salud, y consecuentemente, de los objetivos y estrategias de la educación para la salud (1).

Hemos visto así someramente la evolución doctrinaria y conceptual de la educación para la salud y la influencia que en ese proceso ha tenido la evolución de las ciencias de la salud, la conducta y la educación. Finalizamos esta reseña, observando que lamentablemente, la realidad del mundo actual no acompaña como sería de desear a esa evolución conceptual, sobre todo en los países de menor desarrollo. Hay grandes desigualdades, no sólo entre países, sino entre diferentes regiones de un mismo país. La República Argentina es un buen ejemplo de ello.

Pero la reflexión sobre toda esta problemática obliga a ser optimistas, los tiempos corren en favor de los nuevos rumbos y seguramente, tarde o temprano, éstos terminarán por imbuir la acción por el desarrollo y el bienestar, en todos los países y regiones del orbe.

### El hombre y su medio. Percepciones y motivaciones.

El conocimiento del hombre y su medio tiene trascendental importancia en la planificación y programación de la educación para la salud. La persona humana es una unidad bio-psico-social, un ser pensante, único e irreplicable, que interactúa con sentimientos, aptitudes y actitudes en el medio ambiente que lo circunda.

El hombre conoce el mundo a través de un proceso perceptivo, no recibe los estímulos exteriores pasivamente y en forma aislada; los selecciona, los ordena y les da valor y significado, jerarquizándolos de acuerdo a sus intereses, conocimientos, aspiraciones y deseos. La percepción es un proceso activo unificador y totalizador. El grupo social y cultural donde el individuo nace y vive, influyen sobre el desarrollo o la supresión de las percepciones.

La misma escena exterior se percibe de diversas maneras en personas distintas o en estados de ánimo diferentes. Es así que las personas tienen selectividad perceptual, recortan de la realidad la parte que les interesa, negando los aspectos que le pueden ser dolorosos.

Las motivaciones en la persona humana están relacionadas con su propia historia, sus necesidades y el medio que la rodea. Se puede influir o modificar alguna de las dos últimas pero no la primera.

Las motivaciones de la conducta humana comienzan por la satisfacción de sus necesidades básicas hasta objetivos mayores de tipo social y económico. La motivación es la expresión de un estado, que dirige la acción hacia un propósito, tomará una decisión y, con posterioridad, llevará a cabo una acción determinada o no.

Es de gran utilidad para el planificador el conocimiento del comportamiento del ser humano ya sea en forma individual o colectivamente. Identificar las necesidades sentidas de la comunidad con vistas a solucionarlas primordialmente. El respetar pautas culturales que no ocasionan daño a la salud permitirá por otro lado, su utilización para impartir enseñanzas sobre higiene, alimentación, control médico periódico, inmunizaciones, etc. En aquellos casos en que la creencia incida desfavorablemente, será conveniente arbitrar los medios para modificarlos por medio de la persuasión y la concientización de la comunidad.

Resulta de gran interés el aporte que efectúan las ciencias sociales para lograr un conocimiento del medio, las culturas y los distintos comportamientos de las poblaciones.

El hombre de acuerdo a sus percepciones y motivaciones, actúa modificando el medio de manera positiva o por otro lado, dejándose absorber por él. Las repercusiones de esas variables psicosociales y

biológicas del hombre y su familia, motivan patrones de conducta que es necesario conocer, para poder, por medio de la educación, introducir los cambios pertinentes.

### **El proceso educativo sanitario. Diferencia entre propaganda sanitaria y educación para la salud.**

Ya se ha señalado que el objetivo fundamental de la educación para la salud no es de ningún modo el transmitir información o lograr conocimientos sino básicamente obtener una modificación favorable de los comportamientos.

De todas maneras, el proceso de enseñanza aprendizaje en que se centra el hecho educativo sanitario, tiene en esencia un carácter típicamente secuencial, en el que los conocimientos, las actitudes y las conductas hacen en ese orden al fin último propuesto. Dicho en otras palabras, hacer educación para la salud es informar y transmitir y, principalmente, motivar para los cambios de comportamiento; casi siempre hacer ésto último supone necesariamente antes haber hecho aquéllo.

La denominación educación para la salud alcanza genéricamente a todo el proceso de aprendizaje, pero específicamente el hecho de informar tiene que ver con lo que desde antiguo se ha dado en llamar, tal vez impropriamente, propaganda sanitaria. Que esta propaganda se haya hecho con harta frecuencia con carácter meramente ocasional, sin inserción dentro de un proceso educativo integral, ha contribuido a desprestigiarla y subestimarla, no siendo pocos los autores que hablan despectivamente de ella, contraponiéndola a la verdadera educación (43). Sin embargo no hay razón alguna para tal menoscabo, en la medida que la propaganda sanitaria cumpla adecuadamente la parte que le compete y corresponde en el total del proceso de enseñanza.

En una programación específica de educación para la salud pueden distinguirse etapas: 1) de sensibilización, 2) de información y 3) de motivación actitudinal y logro de conductas. Si bien esta esquematización se corresponde con la secuencia señalada anteriormente, es dable advertir que en la práctica, muchísimas veces, estas etapas no se cumplen en un orden sucesivo sino coincidente o simultáneo (17). (Ver esquema).

En la etapa de sensibilización lo que se busca principalmente es concientizar a la población sobre la existencia de un problema de salud y sobre las posibilidades de resolverlo.

En la segunda etapa el objetivo es brindar información concreta sobre el problema en cuestión y las propuestas de solución.

Un ejemplo de mensaje de sensibilización sería el siguiente: "La rabia sigue siendo un grave pro-

blema de salud pública, Cuidado". En la etapa segunda ese mensaje sería complementado por información sobre la campaña de vacunación antirrábica canina, cuándo se llevará a cabo, dónde, con qué horarios, etc.

Lo que debe remarcarse es que estas dos etapas están encuadradas en el concepto de propaganda sanitaria y utilizan fundamentalmente los métodos y técnicas de la publicidad comercial. No puede esperarse de ellas más que el cumplimiento de un objetivo limitado: que se conozca que existe un problema y que hay posibilidades de resolverlo de una determinada manera. El instrumento por excelencia lo constituyen los medios masivos o medios de comunicación social (la radio, la televisión, el cine, la prensa escrita).

La tercera etapa es la de motivación actitudinal y logro de las conductas que van a definir el éxito del programa. El fundamento de esta etapa es ya casi exclusivamente pedagógico, basado en la interacción personal, contactos cara a cara, individuales y grupales. El recurso metodológico por excelencia lo constituye la escuela, los establecimientos y servicios de salud y los grupos e instituciones de la propia comunidad.

Toda esta esquematización nos parece que tiene indudable interés práctico al permitir cierta orientación en la selección de los métodos y técnicas de comunicación, según el objetivo que se persiga, evitando que el fracaso por un uso inapropiado sea atribuido a limitaciones propias del recurso.

El proceso de aprendizaje, como ya hemos dicho, supone una secuencia: conocimiento, actitud, conducta.

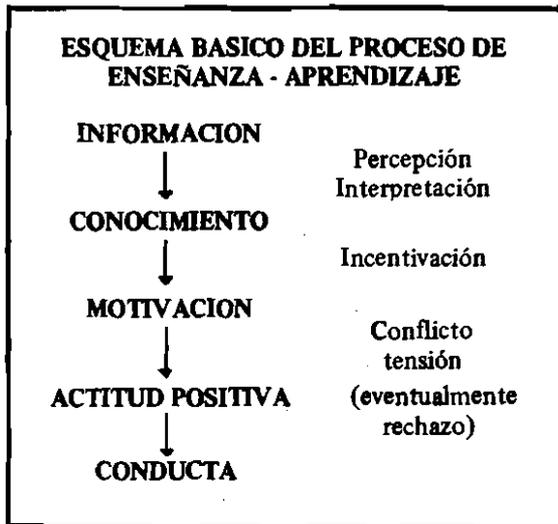
En realidad el conocimiento sucede a la percepción e interpretación de un primer estímulo. La incentivación que el aprendizaje hace del conocimiento logra una determinada motivación, que según el marco de referencia de la población origina situaciones de conflicto y tensión. De acuerdo a como sean resueltas estas situaciones, habrá finalmente rechazo o adquisición de una conducta positiva. Definimos actitud como la situación de convencimiento en la validez de un aserto, situación que lleva implícito el deseo y el propósito de actuar en consecuencia. La actitud es el motor de la conducta (7).

## EDUCACION PARA LA SALUD

**PROPOSITO:** Elevar el nivel de salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante el logro de conductas adecuadas y fundamentalmente, a través de la participación comunitaria organizada, conciente, activa y responsable.

ETAPAS	OBJETIVOS	METODOLOGIA DE ELECCION	ACTIVIDADES PRINCIPALES
I. PREPARATORIA	Conocer las percepciones y motivaciones que inducen los comportamientos individuales y sociales.	Técnicas de Investigación Comunitaria	Observación y consulta de registros. Entrevistas individuales a fondo. Grupos de enfoque. Encuestas.
	Adiestrar en servicio a personal sanitario, docente y trabajadores sociales. Capacitar retransmisores.	Técnicas de Enseñanza-Aprendizaje	Cursos Seminarios Reuniones grupales Experiencias piloto
	Producir ayudas audiovisuales.	Técnicas de Producción	Elaboración de proyectos con participación comunitaria. Prueba de materiales Evaluación de censores. Producción.
II. DE SENSIBILIZACION	Crear conciencia comunitaria sobre la existencia de problemas de salud y posibilidades de resolverlos.	Medios de Comunicación Social  • radio • T.V. • cine • prensa	Tandas radiales y T.V. Programas periodísticos. Inclusión de mensajes en programas de interés general. Notas en prensa escrita. Distribución de material gráfico en lugares estratégicos. Cortos promocionales en cines.
III. DE INFORMACION	Informar sobre planes y programas de salud destinados a resolver problemas detectados		
IV. DE MOTIVACION ACTITUDINAL Y LOGRO DE CONDUCTAS	Motivar actitudes individuales, familiares y comunitarias favorables a la adquisición de hábitos y conductas adecuadas de salud.	Interacción Personal-Directa. Cara a cara. Individual y grupal.	Enseñanza sistemática (escuelas, colegios, universidades, establecimientos de salud). Enseñanza parasistemática (sociedades vecinales, lugares de trabajo y recreación, etc.). Charlas, Clases, entrevistas, debates, representaciones, dramatizaciones, transmisión lateral de mensajes.

La educación para la salud es un proceso complejo, de naturaleza básicamente interdisciplinaria y multisectorial. Comprende acciones de diverso tipo, que pueden agruparse esquemáticamente en 4 etapas principales. En la práctica estas etapas se programan y ejecutan de manera muy interrelacionadas y muchas veces superpuestas. Todo el proceso debe basarse en un conocimiento cabal de la comunidad constituida en población objetivo, y en una adecuada coordinación de tareas con otras áreas y sectores intra y extra-sectoriales y de la propia comunidad. Una permanente evaluación de resultados, retroalimentará continuamente al proceso.



Pero para que el objetivo educativo sea logrado en plenitud no basta en general una actitud positiva esta debe traducirse en un comportamiento adecuado. Para eso será necesario un contexto condicionante favorable. Por ejemplo: de poco valdrá que una madre adquiera el convencimiento de que debe vacunar a su hijo si cuando quiere hacerlo se encuentra con que no hay vacunas o los servicios de vacunación funcionan en lugares inaccesibles o en días y horarios inapropiados. La conducta que llega a adquirirse mediando una actitud positiva previa es característicamente útil y duradera.

En algunas circunstancias puede de todas maneras lograrse conductas sin esa actitud positiva previa y tal cosa sucede por ejemplo: cuando se actúa por coacción o represión. En estos casos la conducta obtenida será las más de las veces transitoria o circunstancial. La madre que vacuna a su hijo porque le exigen el certificado en la escuela, seguramente lo hará obligada y no volverá para la revacunación. A veces la cosa sucede todavía peor y la única conducta que se logra es la de conseguir un certificado falso de favor. Muchas veces la conducta circunstancial lograda sin convicción, por coacción o represión, genera además un sentimiento negativo de resentimiento, al verse la persona forzada a hacer algo sin estar convencida de su validez. Esa carga emocional negativa crea un condicionamiento altamente negativo para el futuro. (figura 1)

**El marco referencial. Factores que facilitan o dificultan el proceso educativo.**

En un proceso educativo consideramos una población objetivo situada en un ambiente fisicoquímico, biológico y psicosociocultural. Frente a ella una determinada meta.

En el camino hacia esa meta habitualmente se interponen factores condicionantes de influencia favorable y desfavorable, que en conjunto constituyen el marco de referencia de esa población y de ese proceso. Esos factores pueden ser propios de la población o del ambiente en que la misma está situada.

Gran parte del éxito de un proyecto educativo sanitario radica en el conocimiento adecuado que el educador pueda llegar a tener del marco de referencia, cuya muy variada naturaleza y composición es lo que hace indispensable la participación de equipos interdisciplinarios y multisectoriales.

En la figura 2 se esquematiza la situación planteada, precisándose algunos de los factores principales que suelen actuar favoreciendo o dificultando la consecución de la meta propuesta (24)(6).

El educador sanitario debe utilizar el conocimiento del marco de referencia, tratando de incentivar todo aquello que facilite su gestión y de neutralizar todo lo que pueda actuar negativamente.

**Algunos ámbitos particulares de la educación para la salud, La escuela**

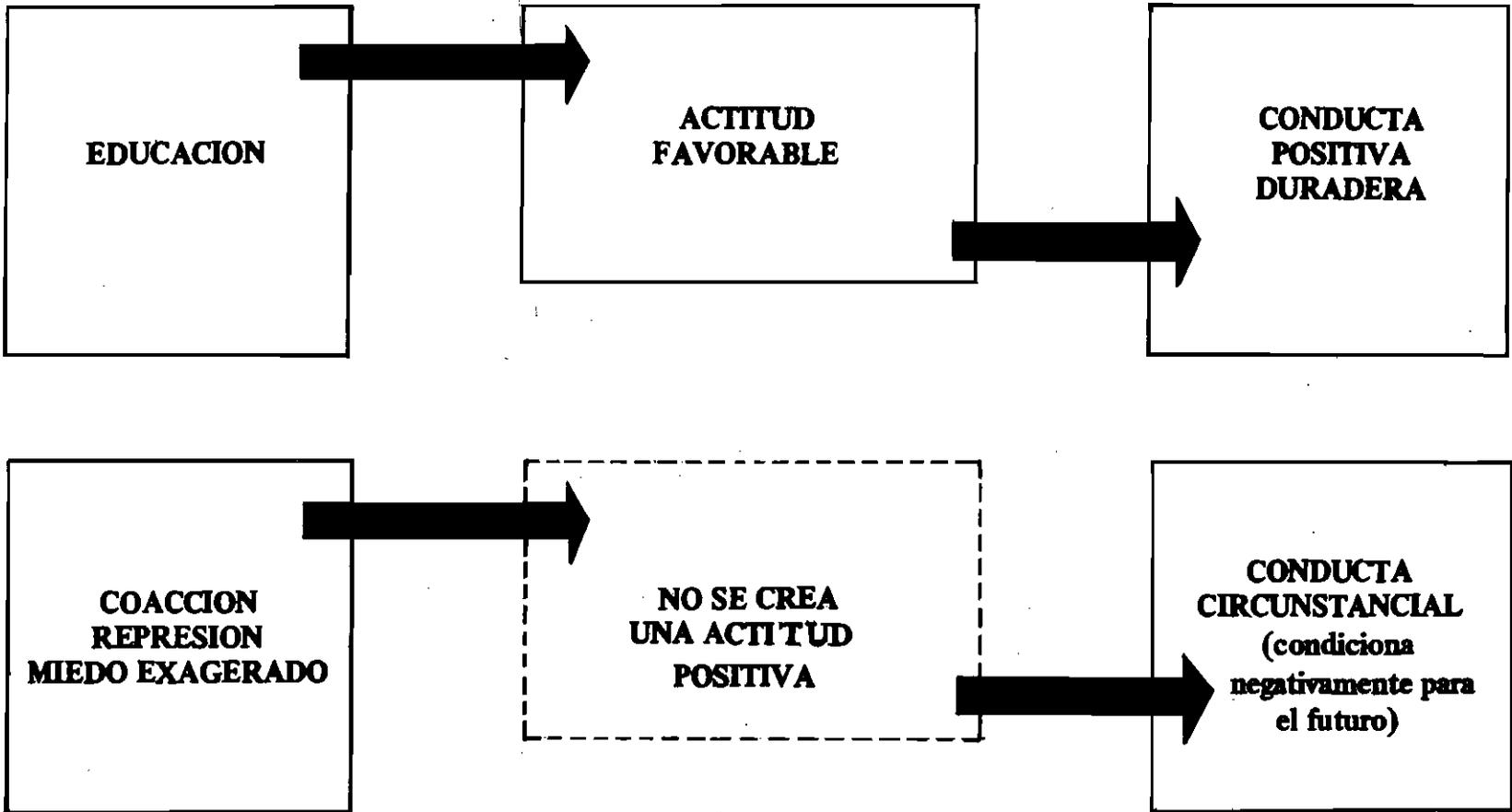
En el logro de los propósitos y objetivos principales de la educación para la salud, adquiere especial relevancia las distintas posibilidades y formas de enseñanza sistemática, sobre todo en el nivel primario y medio o secundario. Esta enseñanza es considerada, con razón, impulso motor del modelamiento de conductas útiles en todos los aspectos que hacen a la vida del hombre en sociedad.

Los niños y adolescentes constituyen un material al que todavía no alcanzan la mayor parte de los condicionamientos negativos de los adultos (experiencias desfavorables, resistencia al cambio, prejuicios, supersticiones, etc.). Los niños y adolescentes tienen una gran posibilidad de "actuar" sobre sus familiares en función de lo que aprenden en la escuela.

Claire E. Turner, Consultor de OMS, dijo: "inevitablemente la escuela ejerce para bien, y lamentablemente a veces para mal, una influencia importante en la adquisición de prácticas higiénicas por parte del niño, y a través de esto, por parte de sus familias" (43).

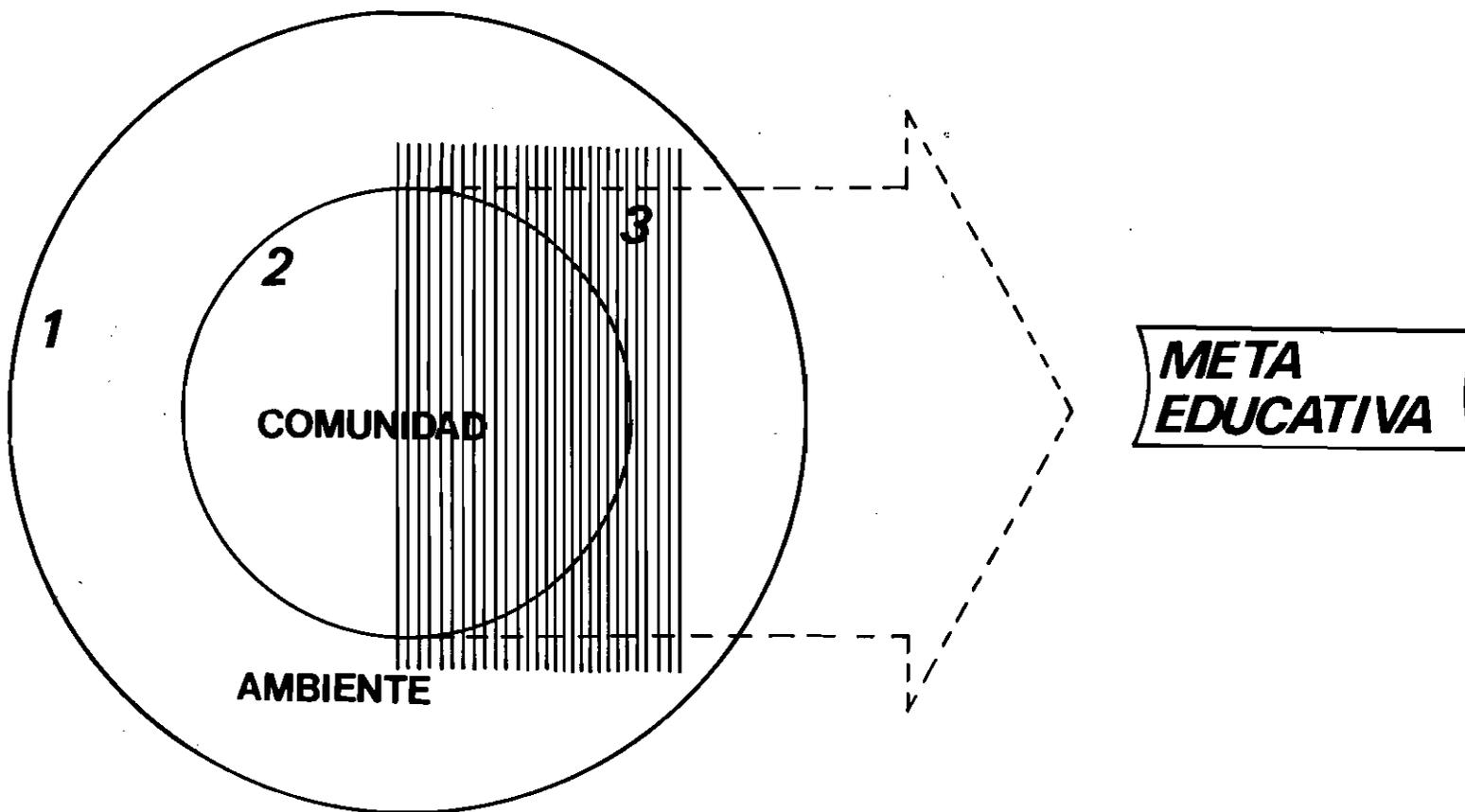
La educación para la salud debe estar integrada en los planes y programas de estudio de las escuelas, de igual modo que lo están otras disciplinas que hacen también básicamente a la formación del educando. Además, y esto es muy importante la educación para la salud debe estar a cargo de los propios docentes de grado. Ellos son quienes mejor conocen a sus alumnos y quienes en mejor condición están para enseñarles salud.

**LA CONDUCTA Y SU RELACION  
CON LOS PRINCIPALES FACTORES MOTIVACIONALES**



**FIGURA 1**

# MARCO REFERENCIAL FACTORES QUE INFLUYEN EL PROCESO EDUCATIVO



## FACILITAN

- Participación activa en grupos.
- Deseo de alcanzar metas individuales o sociales
- Momento oportuno.
- Estados emocionales favorables.
- Experiencias anteriores positivas.
- Publicidad positiva.
- Temor razonable.
- Situación económico-social favorable.

## DIFICULTAN

- Tendencia a defender convicciones previas (resistencia al cambio).
- Supersticiones, prejuicios, estereotipos.
- Estados emocionales desfavorables.
- Experiencias anteriores negativas.
- Publicidad negativa.
- Miedo exagerado, pánico.
- Situación económico-social desfavorable.

Las clases ocasionales a cargo de especialistas no docentes no suelen tener de ningún modo la influencia positiva de la enseñanza ejercida por los propios maestros de grado.

Lo que importa fundamentalmente es que los docentes estén capacitados para el ejercicio de la función educativo sanitaria y para ello se hace necesario, por un lado, incorporar contenidos adecuados de salud en las carreras de su formación profesional, y por otro, desarrollar ciclos periódicos regulares de actualización y adiestramiento en servicio. En la República Argentina, alrededor de 500.000 docentes y profesores de enseñanza primaria y media, constituyen un formidable ejército de educadores sanitarios y agentes de cambio, que debe ser utilizado en el máximo de sus posibilidades (18).

Hasta ahora, hubo en el país diversas experiencias en el sentido de lo señalado; entre ellas quizás una de las más significativas haya sido la creación de comisiones mixtas de salud y educación, en el orden nacional (1970) y en el de la mayor parte de las provincias y en 1972 la incorporación del área salud en el curriculum de las escuelas del entonces Consejo Nacional de Educación (40).

Lamentablemente esas experiencias no tuvieron continuidad por los sucesivos cambios de autoridades y programas. Actualmente algunas interesantes experiencias en desarrollo permiten alentar la esperanza de cambios estructurales de fondo en el sentido de lo señalado.

### **Servicios y establecimientos de salud**

Pareciera obvio señalar que también son, o debieran ser, los servicios y establecimientos de salud, ámbitos por excelencia para hacer educación para la salud. El equipo de salud, los pacientes y sus familiares y allegados, y la comunidad misma, pueden y deben ser objetivo educativo sanitario (44).

El equipo de salud debe estar plenamente concientizado sobre la trascendencia de su papel educativo y capacitado para ejercerlo de la mejor manera posible, sin distinción de funciones o jerarquías. Al hablar de equipo de salud, por supuesto que lo hacemos en su sentido más amplio, incluyendo no sólo a los profesionales y técnicos sino también a los administrativos y auxiliares, de maestranza, etc.

Todo el personal del equipo de salud tiene una capacidad educativa potencial sobre la población en que trabaja, y es necesario que haya conciencia de esa capacidad para poder emplearla cuantas veces sea necesario o posible.

Sin duda que el ejercicio natural y permanente de ese papel educativo como parte inseparable de la función específica de todos los diversos integran-

tes del equipo, ha de ser en general mucho más trascendente que la programación y ejecución de ciclos especiales de charlas que pareciera haber sido hasta hace poco el casi único recurso de que se echaba mano en un hospital cuando se hablaba de hacer educación sanitaria.

En relación a la comunidad cobra relevancia la propuesta de extender extramuros la actividad de los establecimientos de salud, en especial la de los hospitales, que, de acuerdo con la moderna concepción, debe irse transformando cada vez más en verdaderos "centros de salud" en el sentido más amplio que cabe a esa expresión. En estos centros de salud habrá necesidad de desarrollar actividades asistenciales y preventivas integradas y de promoción y desarrollo comunitario, realizadas dentro y fuera de sus muros, en áreas programáticas claramente definidas y con una adecuada coordinación con otros recursos institucionales, intra y extrasectoriales, y comunitarios existentes (4).

De esa manera, el hospital no sólo contribuirá al desarrollo comunitario y a un aprovechamiento integral de sus servicios, sino que posibilitará, por un mejor conocimiento de la población a la que sirve, una adaptación permanente de los mismos a las reales necesidades de ésta.

### **Comunicación y educación para la salud**

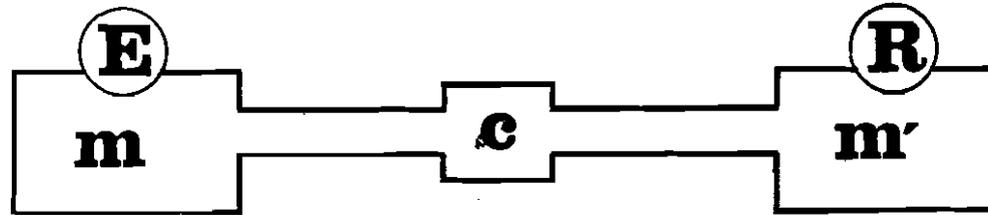
La educación en general, y obviamente también educación para la salud, que no es sino una de las formas posibles de aquélla, están basadas en última instancia en un sistema de comunicación. Se ha dicho con razón que la comunicación es el alma misma de la educación y que la misma palabra comunicación es probablemente una de los términos más frecuentemente usados en el vocabulario de un educador sanitario (20).

En este capítulo habremos de referirnos a la comunicación en sus aspectos básicos principales, aquellos que consideramos pueden ser de mayor interés práctico para el educador sanitario. La vastedad del tema, los avances en el conocimiento científico y tecnológico de la comunicación y sus múltiples alcances en prácticamente todos los aspectos que hacen a la vida del hombre en sociedad, inhiben en esta monografía cualquier otra pretensión.

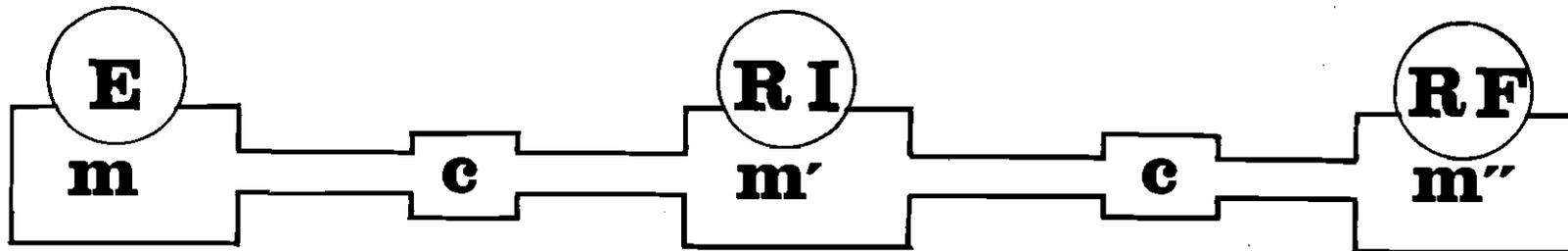
Comunicación significa básicamente transmisión de mensajes de una fuente hacia un destino. Todos los sistemas de comunicación conocidos se encuentran contenidos en el modelo de Shanon donde se mencionan los elementos claves de la cuestión y de donde se derivan una serie de conceptos que completan la significación del proceso.

De acuerdo con este modelo (Figura 3) se tiene un emisor, un receptor y un mensaje transmitido a través de un determinado medio o canal. El men-

**ESQUEMA SIMPLIFICADO DE COMUNICACION  
(MODELO DE SHANON)**



**Referencias:** E: Emisor      m: Mensaje del emisor  
m': Mensaje que recibe el receptor (generalmente modificado en relación al original)  
c: Medio o canal  
R: Receptor.



**Referencias:** RI: Retransmisor intermedio (habitualmente líderes de opinión)  
RF: Receptor final (población objetivo)  
m': Mensaje que recibe el receptor intermedio  
m'': Mensaje que recibe el receptor final

**CONCEPTOS ASOCIADOS**

**RUIDO – FEED BACK – METACOMUNICACION REDUNDANCIA**

saje es un contenido que debe adoptar alguna forma por lo que requiere una elaboración previa (codificación) por parte del emisor. Las convenciones del código deben ser conocidas por el receptor para que éste pueda decodificar correctamente el mensaje y darle significación (16).

Una comunicación efectiva requiere que esos elementos básicos del proceso y otros a los que después nos referiremos, reúnan determinadas condiciones (9).

En relación al **emisor**, que en el caso de la educación para la salud se identifica con el profesional, el técnico o la institución educacional, y llegado el caso con los mismos retransmisores comunitarios, las posibilidades de comunicación aumentan en función del prestigio, la credibilidad y el poder de atracción que lo distinga, así como de su habilidad para codificar y adaptar los mensajes al marco de referencia del receptor. La convicción del emisor en lo que hace, en los mensajes que transmite y una actitud positiva (empatía) para con quienes son los destinatarios, son también condiciones de indudable gravitación. Si tuviéramos que resumir todas esas cualidades, podríamos decir que los principales atributos del emisor están referidos a su ciencia, su experiencia y su carisma, "feeling" o fuego sagrado para saber comunicarse con los demás.

El **receptor** (persona, grupo o comunidad destinataria del mensaje) no solo recibe sino que en general percibe selectivamente, de acuerdo con una serie de circunstancias que le condicionan especialmente. Como por ejemplo: el interés previo personal que tenga en el tema. Lo cierto es que casi nunca los mensajes son recibidos por el receptor tal como fueron concebidos por el emisor. Este deberá estar siempre advertido de tal situación a efectos de poder realizar todos los esfuerzos necesarios para asegurar una recepción de mensajes lo más ajustada posible a sus genuinos contenidos.

Al considerarse las particularidades de los receptores, deben tenerse en cuenta sus diferencias en comprensión e interpretación de mensajes según sean niños o adultos y también el hecho de que en la vida moderna, sobre todo en las grandes ciudades, los receptores en general están sometidos a una sobre información indiscriminada, muchas veces contradictoria, que los pone ante exigencias de selección y valoración de mensajes que no todos pueden hacer adecuadamente.

Una categoría muy especial de receptores son los líderes de opinión por que llegan a condicionar grandemente las posibilidades de comunicación efectiva hacia los grupos o comunidades, filtrando, reforzando, difundiendo o bloqueando los mensajes. La detección de los líderes de opinión comuni-

tarios y su jerarquización como población blanco prioritaria, es uno de los recursos principales del educador sanitario. Tanto es así que en muchas oportunidades la comunicación se plantea y ejecuta con una estación intermedia, retransmisora, constituida por los líderes de opinión, y situada entre emisor y receptor (Figura 3).

Los **mensajes** deben tener ciertos atributos. Por ejemplo: ser claros en su contenido y en su forma, adecuados al marco de referencia del receptor, y lo que es también importante, a las convenciones del medio o canal que se transmite. Habrá de tenerse en cuenta que "siempre que un mensaje no esté claro o esté incompleto, lo más probable es que el receptor le añada algo por su cuenta, para darle alguna significación coherente, o lo ignore por completo". Los mensajes deben ser emitidos con un ritmo y una frecuencia determinada. Tener noción de los tiempos (por ejemplo: saber con qué anticipación a una determinada acción de salud deben iniciarse los mensajes y a partir de allí con qué frecuencia y variación repetirse), es un problema muchísimas veces de difícil solución para el educador sanitario.

Cuántos mensajes pueden transmitirse por un determinado medio y en un determinado lapso? No hay una respuesta válida para todos los casos. Hay que tener en cuenta que si la cantidad de mensajes sobrepasa un cierto número llega a producirse una interferencia en el proceso — una sobresaturación — conocida en el lenguaje técnico como ansiedad de la comunicación y una disminución notable de los mensajes que llegan a destino; de la misma manera si el número de mensajes baja de un cierto nivel, puede producirse una falta de estímulos - inanición de la comunicación - que limita la capacidad del receptor. Los mensajes, finalmente, deben ser coherentes entre sí.

Un concepto a tener en cuenta en la comunicación es el de la **metacomunicación**, que consiste básicamente en formas complementarias de expresión del emisor, que en general tienden a reforzar el significado de los mensajes. Así por ejemplo, cuando una persona está hablando utiliza tonos e inflexiones de voz y gestos habitualmente coincidentes en su sentido con la significación de sus palabras. Debe cuidarse mucho que haya coherencia en todas las formas de metacomunicación que se utilicen, porque la falta de concordancia es una de las más frecuentes causas de ruido. Sería el caso de un profesional que está fumando al mismo tiempo que aconseja a sus pacientes que dejen el cigarrillo (doble mensaje que confunde y bloquea la comunicación).

Otro concepto muy importante en comunicación es el de **feed back** o retroalimentación, que

significa de alguna manera el retorno comunicacional que se hace en dirección receptor-emisor. Por la retroalimentación el emisor llega a tener una idea de cómo ha sido recibido o interpretado su mensaje, lo que le permite ajustar el contenido o la forma del mismo para que sea finalmente entendido como él lo desea. La retroalimentación es uno de los mecanismos principales por el que se asegura que el proceso de enseñanza-aprendizaje sea una experiencia positiva y enriquecedora, tanto para el receptor como para el emisor.

El indudable mayor efecto educativo de las técnicas de contacto personal directo, cara a cara, sobre las de los medios masivos, tiene su explicación principal en las mayores posibilidades de retroalimentación y ajuste que permite.

Se habla de ruidos en la comunicación toda vez que por cualquier circunstancia se producen interferencias en la misma; las interferencias pueden tener su origen en todos los elementos que hacen a la comunicación y van desde problemas de codificación en el emisor hasta de percepción e interpretación en el receptor o falta de claridad en el medio o canal utilizado. Son frecuentes las interferencias que se originan en influencias externas al proceso, como serían por ejemplo los hechos o circunstancias imprevistas que desvían la atención del emisor o del receptor. El uso ocasional de medios audiovisuales apoyando una clase en la escuela, muchas veces no produce los resultados esperados porque los alumnos, no acostumbrados a esos medios, suelen ocuparse más de ellos como novedad que les despierta una especial curiosidad, que de la propia clase. El ruido habitualmente lleva a la distorsión o bloqueo de los mensajes.

Hablamos ahora de la **redundancia**, que es básicamente repetición. Al establecerse una comunicación, en el receptor, los mensajes tienden a ser destruidos por el más simple y contundente de los mecanismos psicológicos, que es el olvido. La repetición se convierte en uno de los medios más eficaces para luchar contra el mismo. Repárese en que uno de los recursos por excelencia de la publicidad comercial es la reiteración de mensajes.

El sentido de la redundancia alcanza también a todo aquello que no siendo esencial para darle significación a un mensaje, se agrega para asegurar su más correcta recepción e interpretación. En la comunicación verbal por ejemplo, usamos permanentemente más palabras que las realmente necesarias, como se prueba en el ahorro de términos que hacemos al redactar un telegrama. De todas maneras, ese "exceso" de palabras es útil para asegurar la comprensión del sentido total de los mensajes y luchar contra el ruido.

Deliberadamente hemos dejado para el final de esta rápida enumeración de conceptos básicos de

comunicación, el del **medio o canal** que ella utiliza. Se considera que es un tema de muy particular trascendencia. No siempre la idea que se tiene sobre los reales alcances de los distintos medios se ajusta a la realidad.

En otro capítulo de esta monografía nos hemos referido a la distinción que en general cabe entre el uso de los medios masivos de comunicación y los de relación interpersonal directa, señalando sus distintas posibilidades en relación a obtener determinados resultados. Tal distinción vale especialmente y debe ser tenida en cuenta en todo momento por el educador.

Una de las actitudes más frecuentes es sobreestimar las posibilidades de los medios masivos, en especial la televisión, creyendo que ellos por sí solos pueden llegar a resolver la mayor parte de los problemas de comunicación o educación.

El concepto a remarcar es que cada situación educativa debe evaluarse cuidadosamente antes de decidir sobre el medio a utilizar con preferencia, porque ningún medio ofrece en sí mismo una eficacia constante ni ningún medio es en toda circunstancia superior a los demás. Lo que es fundamental plantearse en cada caso son los objetivos que se proponen y después las condiciones en que se desarrollará el proceso, los recursos a disponer, el tipo de población objetivo, etc. Y sólo después decidir la elección.

En la mayor parte de los casos, el problema se plantea en relación al medio o canal a utilizar con preferencia y no en exclusividad, porque es válido el concepto general de que todos los medios pueden llegar a ser útiles, aunque los sean en desigual medida. Ante tal hecho, lo que importará en un programa de educación para la salud es sumar y no restar. Puede decirse que todos los medios de comunicación son buenos si son bien utilizados y que su uso en definitiva es un problema de costo-beneficio, que debe ser bien evaluado en cada circunstancia.

Se detallan a continuación algunas consideraciones particulares sobre los distintos medios.

### **Medios masivos**

Sin duda que estos medios (televisión, radio, prensa escrita, cine) tienen una gran importancia en la educación para la salud, sobre todo por su posibilidad de llegar rápidamente a vastos auditorios. Una importancia ubicada en el contexto de posibilidades señalado precedentemente.

En general, los expertos entienden que estos medios son mucho más efectivos para reforzar opiniones y actitudes preexistentes que para motivar nuevos comportamientos y que tienen muchas más posibilidades de llegar a las personas ya interesadas

y motivadas en un determinado tema y que por consiguiente no suelen formar parte de las poblaciones-objetivo prioritarias. Las posibilidades de influir favorablemente, se amplían considerablemente cuando se utilizan mensajes cuyo contenido cuenta con sanción previa favorable de los líderes o del grupo social al que pertenecen los oyentes (25).

Lo dicho precedentemente explica el fracaso de algunas programaciones de radio y televisión basadas exclusivamente en fines educativos y temas específicos. Al poco tiempo estos programas terminan siendo escuchados sólo por especialistas. De ahí que en general, en el uso de estos medios, se prefiera la técnica de flashes, tandas o la introducción de temas en espacios periodísticos o en programas de interés general.

Se han hecho estudios muy interesantes evaluando la eficacia de los medios masivos en campañas promocionales del más diverso orden. Estos estudios corroboraron que de ninguna manera la utilización de los medios masivos garantiza el éxito, ni siquiera cuando se lo hace con recursos significativamente mayores que los empleados por una eventual competencia. El uso de los medios masivos, aunque sea en forma abusiva, cuando no se acompaña de un adecuado trabajo de motivación personal directa, cara a cara, con los líderes de opinión o grupos comunitarios representativos, suele terminar en fracaso.

De todas maneras, dejamos bien en claro que no subestimamos ni renegamos de los medios masivos; sólo pensamos que deben utilizarse en la medida de sus reales posibilidades y en general como complemento de otros recursos educacionales.

Uno de los inconvenientes principales que se señalan en los medios masivos es la falta de retroalimentación. Esto es así en gran medida, pero hay que reconocer que siempre hay alguna posibilidad de retroalimentación que, aún limitada, permita tener una idea de cómo se reciben los mensajes. Son formas de procurar retroalimentación las mediciones de audiencia, los correos de oyentes, los programas con público, etc.

En relación a cada uno de los medios masivos, y dentro del contexto general señalado, pueden puntualizarse algunas particularidades.

La televisión ofrece como ventaja la posibilidad de un rápido impacto en muy grandes audiencias; y como inconveniente, la fugacidad de las percepciones que motiva, consecuencia de la atención dispersa y superficial que en general se le presta, al estar los televidentes sometidos a toda clase de interferencia domésticas. Las interrupciones publicitarias tienen bastante que ver también con el menor nivel de atención e interés con que se ve y escucha televisión.

El cine obvia bastante ese inconveniente, pero tiene el problema del costo y además de que reduce al mínimo la participación del espectador, salvo en los ciclos con debate.

La radio también participa de las ventajas y los inconvenientes de la televisión. Sin embargo, goza de mayor prestigio entre los especialistas, sobre todo en relación a sus posibilidades de alcanzar a poblaciones del medio rural o dispersas, donde no llega la televisión. En relación al usuario, tiene el atractivo de poder escucharse sin necesidad de dejar de hacer tareas propias de la casa o del trabajo y de poder llevar consigo los aparatos, dado que el avance tecnológico redujo considerablemente el tamaño y el costo de los mismos.

La prensa escrita permite un mayor detenimiento en el análisis e interpretación de información, que la radio y la televisión, pero tampoco permite ahondar y profundizar mucho por la fugacidad de su permanencia ("nada hay más muerto que un diario de ayer") y por el cúmulo y diversidad de las informaciones y notas que transmiten. Las revistas se leen con más tiempo que los diarios, son leídas por más personas y pueden tener mayor especificidad al ser dirigidas a sectores determinados de población, como ser: mujeres, niños, hombres de negocios, etc. Su costo limita en gran medida su alcance, a pesar de que cada ejemplar es leído por más personas que los diarios.

### **Comunicación interpersonal**

En general, la comunicación directa entre personas, cara a cara, es el recurso por excelencia para motivar determinadas actitudes y conductas. Se vincula esa mayor efectividad a las posibilidades de retroalimentación y de ajuste y enriquecimiento bidireccional de la misma.

En la comunicación interpersonal es importante destacar tres modalidades de transmisión de mensajes:

- la comunicación que va del centro a la periferia (de la institución hacia la comunidad);
- la comunicación del modelo participativo, en que se propone aumentar el flujo comunicacional de la periferia al centro, permitiendo un mayor y mejor conocimiento de cómo piensa, siente y actúa la comunidad (en esta modalidad, emisores y receptores del modelo tradicional cambian sus roles);
- la comunicación de transmisión lateral, que se establece a expensas de una red comunicacional constituida por vecinos, amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc. Esta modalidad ha tomado últimamente gran significación, después de haber-

se demostrado la extraordinaria cantidad y variedad de mensajes que puede llegar a transmitir (50).

Se ha dicho que el alcance de esa red espontánea comunitaria en la transmisión de mensajes excede en mucho a la de los medios de difusión habituales. Por eso que toda transmisión del centro a la periferia debe tener en cuenta la existencia de esa red lateral, para adaptar y simplificar los mensajes de manera que puedan ser "absorbidos" y retransmitido por ella.

Las diversas técnicas de comunicación interpersonal permiten no sólo transmitir conocimientos sino también acentuar la actividad significativa y la participación activa de la población objetivo (la experiencia personal individual o grupal) como hecho relevante y determinante del aprendizaje.

La comunicación interpersonal del centro a la periferia, se lleva a cabo principalmente en las escuelas, en los establecimientos y en los servicios de salud, al igual que en el ámbito comunitario. Las técnicas que utiliza son de las más diversa índole (entrevistas individuales, trabajo en grupos: role playing, seminarios, debates, mesas redondas, paneles, simposios, foros, etc.).

#### **Ayudas audiovisuales**

Comprende todos aquellos materiales educativos que tienen en común el hecho de transmitir información, conceptos o ideas, partiendo de la percepción sensorial directa auditiva y visual, el objeto es complementar la enseñanza verbal con símbolos y representaciones más concretos y cercanos a la experiencia del receptor de lo que pueda significar la palabra.

Las expresiones, medios, materiales o ayudas audiovisuales, se utilizan como sinónimos. El grupo ha preferido adoptar esta última denominación para resaltar el concepto básico de que tales materiales ayudan en el proceso de enseñanza-aprendizaje, complementan, pero no llegan a suplir de ninguna manera a la expresión verbal. Las ayudas audiovisuales no son en definitiva más que instrumentos que en determinadas condiciones sirven para reforzar la enseñanza verbalista, sobre todo cuando se acompaña de una actitud positiva y del ejemplo, que sigue siendo a pesar del progreso de la tecnología, la esencia misma del proceso educativo. (45).

En el concepto de ayudas audiovisuales se incluyen tanto los equipos y aparatos como los productos que en ellos se utilizan. Una de las tantas clasificaciones existentes, divide a las ayudas en mecánicas y no mecánicas, según empleen o no aparatos para la exhibición.

Los no mecánicos son todos visuales (pizarrón,

láminas, carteles, diagramas, gráficos, dibujos, objetos corpóreos, modelos, franelógrafos, etc.).

Los mecánicos pueden ser: a) Visuales (fotografía, proyecciones fijas, cine mudo, retroproyector). b) Auditivos (grabaciones, radio, enseñanza audiooral). c) Auditivos y visuales (montajes audiovisuales, cine sonoro, televisión y toda otra combinación posible de medios visuales y auditivos). d) Especiales, que comprenden las modernas máquinas de enseñanza y los sistemas de instrucción programada que emplean medios visuales y/o auditivos (16).

El educador sanitario debe conocer las características principales de estas ayudas y familiarizarse con su uso para aplicarlas cada vez que lo estime conveniente, siempre como complemento de su recurso fundamental que seguirá siendo su palabra. De hecho, descalificamos totalmente, por sus escasos o contraproducentes resultados, la práctica, lamentablemente tan frecuente, de organizar proyecciones de películas o audiovisuales educativos no seguidos de explicaciones, aclaraciones o debates.

El principio de tecnología apropiada es de especial aplicación en el tema de las ayudas audiovisuales, que necesariamente deberán adaptarse a las condiciones del medio en que se apliquen. De poco serviría producir y distribuir películas o audiovisuales cuando no se dispone de los proyectores correspondientes o comprar aparatos de televisión para escuelas que no disponen de corriente eléctrica.

#### **La educación para la salud y su significación en el contexto del desarrollo económico, social y geográfico de la República Argentina.**

El nivel de salud de las poblaciones se halla en íntima relación con el nivel de vida, que es a su vez expresión de desarrollo económico social. Esta relación se aprecia claramente en el paralelismo que suelen mostrar los indicadores por los que se mide el grado de evolución en el campo económico-social y en el de la salud (48).

En Latinoamérica, la Argentina constituye un caso de algún modo particular y atípico, porque múltiples aspectos de su realidad en ambos campos, muestran un grado de desarrollo que la destacan notoriamente, hasta el punto que, a pesar de pertenecer manifiestamente al área de los países en desarrollo, en ciertas cuestiones alcanza a identificarse con los de más alto desarrollo del mundo.

De todas maneras, lo que quiere señalarse especialmente son algunas características de la actual realidad argentina, que pueden llegar a condicionar en forma harto significativa la ubicación geopolítica del país en el futuro de la Región. Esas caracte-

rísticas, entendemos que en su conjunto, de mantenerse la tendencia que reflejan, irán relativizando cada vez más los progresos y adelantos del país hasta llevarlo a una situación de franca desventaja.

Veamos a manera de ejemplificación, tomando uno de los puntos en que se basa la problemática general del país, lo que pasa en cuanto a la cantidad de población, que es realmente menor en relación a la extensa área geográfica que ocupa y a las posibilidades de explotación de sus importantísimos recursos naturales.

Estudiosos del tema han estimado que en el año 2000 la Argentina tendrá aproximadamente 36 millones de habitantes, mientras que Brasil, México y Colombia sumarán alrededor de 230, 150 y 60 millones, respectivamente. El caso de Brasil es particularmente destacable porque es ya la sexta potencia mundial en número de habitantes.

Esta desigual proyección demográfica en Latinoamérica, tiene que ver con la sensible baja tasa de natalidad que registra nuestro país, que sigue siendo la menor de la Región, a pesar del moderado incremento registrado en el lapso 1970/79.

La tasa nacional de crecimiento anual, que fue del 5% entre 1850 y 1930, a expensas principalmente de un importante fenómeno migratorio y de consecuentes pautas de natalidad importadas, ha descendido hoy a 1,3%, la más baja entre los países americanos.

Las consecuencias que pueden derivarse de una realidad poblacional como la descrita, sumada al mantenimiento y profundización de otros problemas en áreas básicas, son fáciles de prever y se relacionan con limitaciones en el desarrollo económico-social propio y en situaciones de conflicto y desventaja en el difícil campo del intercambio de bienes y de la política internacional.

Las posibilidades de variar significativamente esas desfavorables perspectivas deben relacionarse con medidas que tiendan al aumento del crecimiento demográfico (fomento migratorio, protección a la familia numerosa, etc.), pero seguramente que no será fácil con ellas conseguir resultados efectivos en el corto plazo por lo menos.

El camino que queda, pasa entonces, por el mejoramiento de la calidad de la población. Si tuviéramos que expresarlo de otra manera, diríamos que de lo que se trata es de compensar problemas de cantidad con atributos de calidad y esto ha de lograrse por un esfuerzo grande, necesariamente integrado en todas las áreas y sectores de la vida del país, pero con sus pilares fundamentales en la salud y la educación (7).

En tales condiciones ¿Quién puede dejar de asociar cualquier proyecto de esa naturaleza con las mejores posibilidades de la educación para la salud?

## LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y LA EDUCACION PARA LA SALUD

La atención primaria de la salud es la estrategia básica promovida a nivel mundial para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Consiste fundamentalmente en asistencia sanitaria apropiada, canalizada a través de adecuados servicios de "asistencia, prevención, rehabilitación y fomento de la salud, puestos al alcance de todos los individuos y comunidades, por medios que le sean aceptables con su plena participación y a un costo accesible". La atención primaria de la salud debe considerarse como parte constituyente de los sistemas de salud y del conjunto del desarrollo económico-social de los países, con el que debe estar perfectamente coordinada e interrelacionada (43).

El Plan de Acción para aplicar la estrategia regional de "salud para todos en el año 2000" (OMS/OPS) establece una íntima y estrecha relación entre la atención primaria de la salud y los conceptos interrelacionados de bienestar, desarrollo intersectorial y participación comunitaria.

El bienestar o calidad de vida tiene en la salud uno de sus componentes principales que debe ser a la vez objetivo y factor condicionante del desarrollo, que ya no puede concebirse como sólo económico, sino también como político-social y orientado fundamentalmente, a la atención de las necesidades básicas del hombre.

El concepto de desarrollo intersectorial integrado está fundamentado en la naturaleza interdependiente del sector salud con las condiciones socio-económicas y en el reconocimiento de que el bienestar sólo podrá alcanzarse por una estrategia de desarrollo que revalorice la relación de unos sectores con otros.

La participación comunitaria tanto en la identificación de necesidades y prioridades, como en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de salud, se ha convertido en el factor de mayor peso para asegurar un uso racional de los siempre escasos recursos disponibles y para el logro de los mejores y más duraderos resultados en todo proyecto de desarrollo.

La Declaración de Alma-Ata (OMS/1978) destaca muy particularmente el papel de la educación para la salud como recurso esencial para el logro de sus propósitos y objetivos básicos. La interrelación de esos propósitos y objetivos con los de calidad de vida, desarrollo intersectorial y participación comunitaria, convierte a la educación para la salud en un factor condicionante 'sine qua non', de todo proyecto por el bienestar social, asignándole una importancia y trascendencia que exceden significativamente el campo de la salud.

## ORGANIZACION Y PARTICIPACION COMUNITARIA

En la medida en que los individuos tomen conciencia que la salud propia y ajena es un derecho y un deber de todos, se habrá dado el primer paso en busca de una mejor situación de salud individual y colectiva.

“Salud para todos en el año 2000”, en su Plan de Acción, plantea como una de las estrategias fundamentales para el logro de sus metas la organización y participación comunitaria; para alcanzarla resulta indispensable educar al individuo en forma integral desde los primeros estadios de la vida.

“El proceso de formación y capacitación debe incidir mayormente en una concientización que provoque principalmente una actitud de participación (efecto primario). Empero, esta actitud pre-dispuesta a la participación debe seguir acompañada de la necesidad de organizarse (efecto secundario). Esto nos indica que las acciones de formación y capacitación deben orientarse a obtener los dos tipos de efectos señalados” (36).

La participación de la comunidad debe ser el resultado de una íntima convicción, derivada de un cambio de mentalidad que le lleve a confiar en sus propias capacidades y posibilidades de acción.

Puede adquirir diferentes modalidades, al estar influida directamente por los antecedentes históricos, culturales y políticos de la comunidad. De ahí que puede ser desde muy activa hasta muy pasiva, autoestimulada o inducida, espontánea o planificada, voluntaria o retribuida.

Resulta en muchas situaciones indispensable estimular la participación y para tal fin son varios los métodos utilizables. Planteados sobre un espectro, en un extremo está aquel que simplemente fomenta la participación en forma muy pasiva, actuando la comunidad como un receptáculo vacío para los planes e ideas de agentes externos (35). Adolece de la esencia que guía este trabajo, pues si bien responde a la forma clásica de participación que ha regido hasta la actualidad, no deja de merecer el calificativo de paternalista y por ende, inhibidor de las potencialidades del ser humano.

En el otro extremo del espectro se ubica el método de los recursos internos, en los que no sólo la comunidad identifica sus problemas e implementa las soluciones sino que admite la ayuda externa en la medida que responda a las normas establecidas por la propia comunidad (35).

Estos métodos pueden combinarse de acuerdo a las distintas circunstancias, pero es dable suponer que en el último de ellos es mucho mayor el compromiso comunitario y por ende resulta uno de los más adecuados para el tratamiento de los problemas de salud.

Debe quedar claro el concepto de esfuerzo conjunto, o sea de responsabilidad compartida entre el Estado y la comunidad, para evitar cualquier posibilidad de interpretación antojadiza que pueda sugerir que la participación signifique dejar a la comunidad librada a su propia suerte y a sus exclusivos recursos (4).

El punto de equilibrio en la participación del individuo en el cuidado de la salud se dará en la medida que tenga una actitud responsable sin temor excesivo frente a los factores de riesgo, reciba educación orientadora hacia la adopción de medidas adecuadas y alcance una mayor participación como integrante del sector salud.

“Las potencialidades que albergan las comunidades son inmensas, pero cuando el intento de generar participación se transforma en alguno de los múltiples ensayos paternalistas o populistas, tales potencialidades no son impulsadas en sus expresiones más auténticas y puras sino que se las orienta hacia toda una patología social muy conocida y frustrante” (48).

Para el logro de la organización y participación comunitaria, es necesario llegar a conocer en profundidad sus percepciones y motivaciones, familiarizarse con sus actitudes, hábitos y creencias.

Las ciencias de la conducta en su afán permanente de comprender los comportamientos individuales y sociales, han desarrollado desde hace tiempo diversos métodos y técnicas que permiten no solo conocer cada vez mejor a la comunidad, sino también promover su organización e integración activa.

Esas diversas técnicas son más o menos factibles y complementarias según las diferentes circunstancias, razón por la cual la selección de las mismas debe hacerse en todos los casos en forma cuidadosa y adecuada con el asesoramiento de científicos sociales especialmente entrenados.

### Su importancia como estrategia fundamental.

La educación para la salud tiende a lograr una participación activa, conciente, responsable y voluntaria de la comunidad; en la planificación, ejecución y evaluación de sus programas a fin de garantizar la atención de las necesidades sentidas y asegurar la efectividad y continuidad de sus acciones.

La intervención de la población en todo programa educativo-sanitario debiera darse desde sus primeras etapas. Al intentar diagnosticar la situación de salud que dará sustento a los contenidos educativos, resultará esencial conocer cuales son aquellos problemas prioritarios para la comunidad, los que se pondrán de relieve a través de la implementación de adecuadas técnicas de investigación comunitaria

participativas. Esto exige una gran habilidad social por parte de los técnicos, la que resulta de suma importancia para la aplicación de sus conocimientos al interactuar con individuos y comunidades.

En la medida que la propia comunidad intervenga en la determinación de los objetivos y metas educativas podrá asegurarse una tasa de cumplimiento más alta a costos más bajos, pues ella es fuente de recursos (mano de obra, tecnologías, financiamiento, etc.). Asimismo, el desarrollo de las actividades específicas del programa por parte de los grupos locales permitirá una mayor adaptación al medio, con su consecuente mayor efectividad. Claro está que ésto exige un intenso trabajo de promoción comunitaria, basado en el ejercicio de una correcta dinámica de grupo.

### RECURSOS HUMANOS

Es evidente que los muy significativos cambios conceptuales y doctrinarios registrados en el campo de la salud, especialmente en lo que hace a su vinculación con el desarrollo económico social y con la estrategia de la atención primaria de la salud, plantea en su implementación práctica la necesidad de contar con un recurso humano suficiente capacitado para el ejercicio de nuevas funciones y responsabilidades.

La interacción con la comunidad con un enfoque eminentemente participativo y el cambio profundo de estructuras en la formación de personal que tal planteo supone, requiere sin duda una tarea sumamente delicada de transformación progresiva de los viejos y tradicionales contenidos curriculares y esquemas metodológicos con los que todavía se sigue manejando gran parte de la educación formal para ir posibilitando cada vez más una formación más acorde con las necesidades de un nuevo tiempo. Una formación con un sentido básicamente humanista y social y con integración multidisciplinaria y multisectorial, que responda en cantidad y calidad a los requerimientos de una comunidad en general cada vez más consciente de sus derechos y obligaciones de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención de su salud." (52).

En el área de la salud, todos los trabajadores del sector, sin excepción, desde el nivel profesional y técnico hasta administrativo y auxiliar, independiente de su actividad específica y de su ámbito de trabajo, sea en el establecimiento de salud o en la propia comunidad, pueden y deben ser promotores/educadores sanitarios en el sentido más amplio y trascendente de la expresión. La toma de conciencia de esta premisa básica constituye un primer paso decisivo en la capacitación de todo el equipo de salud para el ejercicio de tales funciones. El

equipo de salud no solo deberá asimilar información y adiestramiento en nuevas técnicas y metodología de trabajo sino que además, y fundamentalmente, deberá comprender, aceptar y poner en práctica en todas las actividades de su quehacer esa nueva ideología y filosofía de la salud, sustentada en el concepto de la atención primaria y en la necesidad de contar con el esfuerzo de todos.

En el nivel profesional y técnico, las universidades y las escuelas de sanidad tienen obviamente una muy particular responsabilidad. Hace ya muchos años algunas muy interesantes experiencias y trabajos en Latinoamérica y en nuestro propio país remarcaron la necesidad de modificar los planes y programas de estudios en el sentido de lo señalado, avizorando un proceso de transformación nada fácil entre otros motivos por la natural resistencia al cambio de varias generaciones formadas en otra concepción y otra ideología. (55).

El tiempo ha pasado y hoy puede advertirse que esa transformación finalmente se ha puesto en marcha en muchos lados y que el hombre y la sociedad, en toda la realidad de su contexto psicosocioeconómico y cultural, son cada vez más, protagonistas principales del proceso de cambio que se propone. (55).

La incorporación de contenidos curriculares referidos a la "anatomía y fisiología de la comunidad. . . el estudio de la estructura de las comunidades y su funcionamiento a través de materiales tales como ecología, ciencias sociales y estadística", además de la multiplicación de investigaciones aplicadas en comunidad son parte de esa transformación. En atención primaria diríamos que el estímulo de la autoresponsabilidad y autoayuda en individuos y comunidades y la cooperación con otros sectores y disciplinas vinculadas al desarrollo y bienestar común son los dos principales campos donde se advierten cambios en la capacitación de personal.

En el área específica de la educación para la salud, la capacitación del recurso humano se plantea en distintos niveles. No hay todavía una política definida al respecto y es así que existe un amplio espectro de variantes en el adiestramiento y capacitación de personal, tanto en lo que hace al perfil de los destinatarios como a la duración, profundidad y enfoque de los cursos y otras acciones de formación. Lo más razonable es pensar que en cada país, área o distrito las necesidades de personal y de capacitación varían en relación con la realidad de su situación sanitaria y económico social y de la existencia o no de recursos humanos capacitado en el sector salud y en otros sectores vinculados a desarrollo.

En general puede considerarse la necesidad de contar con un nivel profesional, de integración ir

terdisciplinaria, especialmente con graduados en ciencias de la salud, la conducta y la educación, con especialización de postgrado. Este personal estaría destinado a formar parte del más alto nivel de conducción en los servicios de educación para la salud y sus funciones principales estarían relacionadas con el planeamiento y programación, capacitación y adiestramiento, promoción, supervisión, evaluación y asesoría técnica. (26).

Los servicios de la especialidad y los programas de salud de la más variada naturaleza deben contar además con personal técnico de nivel intermedio. Durante mucho tiempo se formaron educadores sanitarios en cursos de nivel terciario o universitario de 2 ó 3 años de duración. En la realidad de los hechos solo una parte de los egresados de estos cursos lograba desempeñar tareas específicas en instituciones públicas o privadas mientras que el grueso de ellos, por falta de demanda para personal de formación tan específica, pasaba a revistar en tareas muy poco o nada relacionadas con la capacitación recibida. Todavía en el país hay escuelas que forman este tipo de personal educador sanitario.

Una propuesta más actualizada para cubrir las necesidades de personal en este nivel es hoy la de utilizar trabajadores sociales surgidos del área de las ciencias sociales o de salud, que egresan con una capacitación básica que los habilita para desempeñarse indistintamente en diversos sectores de la vida comunitaria, como podrían ser las del ámbito laboral, asistencia social, salud, minoridad y familia, etc. Las especializaciones en cada una de estas ramas estarían dadas por cursos diversificados dentro mismo de su formación básica o por medio de cursos de capacitación de postgrado, una vez finalizada la misma. Este personal polivalente en principio tendría una salida laboral más asegurada en el campo de su especialización, y en el área salud, por su mayor conocimiento de las relaciones inter y multidisciplinarias y multisectoriales, un desempeño de mayor rendimiento y eficacia.

En todo caso, y más allá de estas cuestiones sobre las que todavía no hay acuerdo definitivo, debe destacarse que la formación de recurso humano en educación para la salud debe basarse en un proceso continuo, con una capacitación básica inicial seguida de actividades permanentes de reafirmación y actualización conceptual, doctrinaria y de contenidos y metodologías. La necesidad de adecuar esta formación a la realidad de las propias comunidades requerirá además que gran parte del proceso de enseñanza aprendizaje de capacitación sea realizado en terreno y con una activa participación de los grupos destinatarios. La formación interdisciplinaria y la cooperación intersectorial, junto con el uso de tecnologías apropiadas, sobre todo en la pro-

ducción y aplicación de materiales educativos, serán también requisitos de fundamental importancia en la capacitación de personal. (53).

En relación a otros sectores del desarrollo, el sector salud debe influir promoviendo primero en los profesionales y técnicos con actividades en comunidad un interés real por los aspectos sanitarios vinculados al quehacer de cada sector, para coordinar posteriormente una transferencia de vía múltiple de tecnologías que redunde en un mejor conocimiento mutuo de las posibilidades de acción en cada área y finalmente en una acción conjunta coordinada y sistemática.

En este aspecto cobra especial relevancia la relación de coordinación con el área de la educación sistemática, donde interesará fundamentalmente promover una capacitación básica en salud en las escuelas normales y en los institutos del profesorado que forman al personal docente y organizar cursos periódicos de actualización y adiestramiento en servicio.

En lo que hace a proyectos de organización comunitaria participativa, sobre los que asienta una parte sustancial de la estrategia de la atención primaria de la salud, los objetivos de capacitación de recurso humano deben ser puestos en los potenciales retransmisores líderes, agentes voluntarios, grupos e instituciones de la propia comunidad. Esta capacitación requerirá básicamente crear o reforzar en principio una actitud positiva de participación, despertando, estimulando o incentivando la voluntad latente en las comunidades por participar en la atención de su propio bienestar, crear secundariamente una actitud de organización que derive en una estructura operativa propia que sea dinámica y orientada en el sentido del cambio que se desea y finalmente hacer posible un análisis y evaluación conjunta de resultados de las tareas cumplidas, que permita fortalecer los logros parciales y desarrollar progresivamente el proceso de autosuficiencia comunitaria.

De una manera muy general y solo a título de orientación, señalamos algunos de los capítulos y temas que en principio no podrían dejar de ser incluidos en cursos o carreras de capacitación de personal especializado en educación para la salud: Salud y desarrollo económico social. Niveles de vida y de salud e influencia de factores políticos, económicos, históricos, sociales y culturales en el comportamiento individual y comunitario. Estructura y organización de los servicios de salud así como de otros sectores vinculados al desarrollo. Cultura sanitaria y estructura social de las comunidades. Relaciones interdisciplinarias y multisectoriales. La comunidad como recurso indispensable para el logro de su propio bienestar y desarrollo. Conceptos de autorresponsabilidad y autoayuda.

Métodos, estrategias, técnicas y procedimientos operativos para diagnóstico de situación. Dinámica de grupos. Liderazgo y organización comunitaria. Técnicas de comunicación interpersonal y social.

Características de la motivación humana individual y social. Técnicas y procedimientos pedagógicos. Proceso de enseñanza aprendizaje. Investigación social. Evaluación. (54).

## CAPITULO 2: PLANIFICACION Y PROGRAMACION

### POLITICAS DE SALUD

Política es el conjunto de propuestas formuladas por el nivel de decisión, donde se señalan los objetivos generales que se pretenden alcanzar, y los medios a través de los cuales se deberá actuar.

La política nacional de desarrollo establece los lineamientos que definen las características del modelo nacional que se pretende; dentro de este marco, la política de salud se inserta racionalmente y surge consecuentemente la planificación global para el sector, los planes se elaboran posteriormente según lo establecido.

Las propuestas formuladas deben tener un ordenamiento de acuerdo a prioridades surgidas del análisis detallado de los problemas, manteniendo una complementación adecuada entre ellas y una coherencia con la política global o general de desarrollo.

“La política dirige y encamina las acciones hacia un fin determinado, de carácter trascendente y con un contenido político o ideológico” (37).

El proceso de formulación de políticas se inicia con el establecimiento de la **imagen-objetivo**, que constituye la situación de salud deseada para el futuro estado último que se desea alcanzar. Este deseo orienta las acciones hacia el logro de esa situación distinta de la actual.

La determinación de esa imagen-objetivo en el sector salud requiere un análisis exhaustivo para expresarla de manera clara y coherente, que permita la formulación de políticas de salud en forma racional. Debe además estructurarse dentro de la imagen-objetivo global del país.

Surgirá como consecuencia de numerosos ajustes, y de consideraciones detalladas de sus componentes:

- a) Estado de salud: expresión referida al nivel de salud y estructura de la población para el plazo fijado.
- b) El sistema de servicios de salud: lo pretendido en cuanto a su estructura, funcionamiento, sus responsabilidades y funciones.
- c) La atención de la población: en lo que hace a las características de cobertura, calidad de la atención y grado de satisfacción del sistema social con los servicios

que se brindan.

En una primera etapa la imagen-objetivo, y luego con mucha más razón la política toda, se analizará en cuanto a su coherencia interna y externa, a su factibilidad (posibilidad de ejecución referida a la existencia de recursos técnicos materiales y financieros, y la capacidad para organizarlos), su viabilidad que dependerá de las circunstancias de tipo social y político que posibilite o no su concreción. La cronología y trascendencia de las acciones propuestas.

El tiempo propuesto para lograr el conjunto de proposiciones enunciadas en la política, delimitará las mismas para un largo, mediano o corto plazo.

La existencia de varios problemas establece la necesidad de su selección en base a las áreas prioritarias, a la vez que condicionan una cronología, según sus interrelaciones. Desde luego que también pueden presentarse diferentes opciones de solución para cada situación, y en este caso la selección será en función de criterios de eficacia y eficiencia.

La formulación de una **estrategia** significa definir “la forma de llevar a cabo sistemáticamente las situaciones por crear o las acciones por realizar, tendientes al cumplimiento de una política, a través del aprovechamiento más adecuado de los factores favorables y del aislamiento, neutralización, conversión, debilitamiento o eliminación de los factores desfavorables” (37).

Por medio de la política se establece el “qué hacer”, pero en muchas oportunidades no se cuenta con el beneplácito de todos los grupos involucrados, razón por la cual se implementa una estrategia que trata de prevenir las reacciones y efectúa una selección de medios de manera de poder emplear los procedimientos de mayor eficacia y de menor costo político (38).

Es en consecuencia función de la estrategia indicar el o los caminos que pueden seguirse para alcanzar el objetivo determinado. “La estrategia tiene características de un medio para un fin (la política). Queda para el ámbito de la planificación el ‘cómo hacer’ teniendo como base todo lo elaborado en el terreno de la política” (38).

## PLANIFICACION GENERAL Y EN SALUD

Llegar a un grado de desarrollo donde las necesidades primarias de la población se hallen satisfechas, implica el esfuerzo mancomunado de todos los sectores, y fundamentalmente del destinatario último de las acciones: la comunidad.

El accionar unilateral sin participación activa de los miembros de la población, no se puede seguir manteniendo. Si verdaderamente se pretende obtener cambios sustanciales que conlleven la asimilación de determinados valores y de un estilo de vida conforme al desarrollo anhelado, es menester contar con el apoyo de la población, apoyo que se logrará si la misma está consciente de lo que necesita y de que ella puede actuar en forma activa para modificar esa necesidad. La toma de conciencia de su situación, de sus problemas, de sus propios recursos y responsabilidades, se logra por medio de la educación.

El crecimiento económico es un elemento que contribuye al bienestar del hombre, pero también lo es la salud en cuanto asegura una calidad de vida y consecuentemente, el recurso necesario para aquel desarrollo. Es así que la planificación en el sector de la salud se integra dentro de la planificación global del desarrollo.

La planificación, basándose en el conocimiento de la realidad dinámica, que permanentemente está cambiando, descubre, resume y analiza los hechos que surgen de la misma, trata de prever y anticiparse a las eventualidades, seleccionando en forma racional el modo de actuar que más convenga de acuerdo a las circunstancias, para poder arribar eficientemente a la situación futura deseada.

Organiza la planificación los recursos existentes en la población para lograr un mejor utilización y rendimiento de los mismos, de manera tal de eliminar la incertidumbre y controlar las variables controlables, refirmando así la voluntad de accionar cambios que aseguren el logro de los objetivos propuestos al menor costo y en un tiempo mínimo.

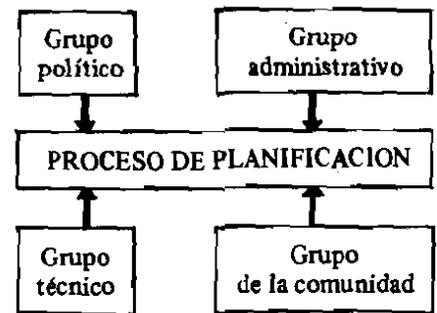
Resulta primordial contar con la información básica que caracterice los problemas existentes, pero el no poseerlos en forma completa, no debe ser motivo que impida la planificación, pudiendo mediante la creación de sistemas de información ir mejorando gradualmente el conocimiento de la realidad, lo que permitirá modificar o rectificar razonablemente los cursos de acción previstos a la luz de los nuevos datos. Como señala el Dr. Antonio Baltar: "Todas las informaciones veraces son útiles pero ningún dato tiene que considerarse tan indispensable que su carencia detenga o impida el cumplimiento de las tareas" (30).

Es por lo tanto la planificación un proceso con-

tínuo, que permanentemente efectúa ajustes a lo proyectado, en función de los nuevos factores condicionantes que surgen y de las nuevas modalidades que se presenten para operar los cambios.

Se la considera también como una doctrina, un método, una técnica y un instrumento para lograr un fin determinado, como un proceso ordenado que propone la formulación de políticas de acción, objetivos generales y una estrategia adecuada para alcanzar los mismos.

El esfuerzo de planificar no debe ser el accionar aislado de un individuo o grupo de individuos, sino que requiere de la integración de grupos políticos con voluntad de hacer, grupos administrativos que apoyen las acciones que efectúan los técnicos en la parte operativa, especialistas de las diferentes disciplinas que aportan su conocimiento, método y técnica, y la comunidad con el concurso activo en todas las etapas del proceso (elaboración, ejecución y evaluación), de modo tal de lograr así una visión global e integral de los problemas que afectan a una sociedad y las alternativas posibles de solución.



Considera la planificación el tiempo, el sector y el espacio geográfico donde se desarrollará lo propuesto. La elección de la alternativa de solución que permita alcanzar los objetivos fijados, tendrá en cuenta el tiempo que insumirá su ejecución, el sector en el cual básicamente se ubica (sin olvidar la interrelación con otros sectores), y finalmente el área geográfica a cubrir, yendo desde un nivel nacional a un nivel local.

El factor temporal dentro del proceso de planificación establece planes de diferente duración: a largo plazo (15 a 20 años), mediano plazo (3 a 7 años) y de corto plazo (1 a 2 años).

Las políticas de salud establecen la orientación, para que la planificación proponga las acciones a llevar a cabo para solucionar los problemas detectados.

Se pueden considerar principalmente tres niveles de acuerdo al área geográfica que abarque la planificación:

Un nivel nacional donde a partir del conocimiento de la realidad y de los factores determinan-

tes de la misma se formulan los objetivos nacionales y la estrategia para concretarlos. Establece asimismo los distintos tiempos que se emplearán para la culminación de las acciones, las regiones de planificación y los polos o sectores de desarrollo prioritario.

En un nivel regional se comprueba, precisa y determina la validez operacional de la regionalización planteada por la planificación nacional (36). Elabora una política regional de desarrollo teniendo en cuenta los objetivos y estrategias del desarrollo nacional, adecuándolos a objetivos y estrategias regionales acordes con la realidad y las necesidades de la región.

En última instancia se encuentra la planificación local o de base, también llamada microplanificación por ser la unidad más pequeña de planificación. Este nivel en una escala inferior a las anteriores en cuanto a su extensión, elabora objetivos y estrategias según sus propias necesidades, con acciones que sirvan de base a las correspon-

dientes de los niveles regionales y nacional.

Señalados los niveles de planificación y teniendo siempre presente la necesidad de que la población participe en la planificación de las acciones a instrumentar, se puede considerar que por medio de la planificación local, donde el trabajo es más estrecho y directo con la población, se está en mejores condiciones de efectivizar esa participación consciente y activa de la comunidad.

Se plantearía así un doble flujo: uno descendente que parte de la planificación nacional o macroplanificación (donde quedan establecidos los grandes lineamientos) y otro ascendente desde la planificación local o microplanificación (donde se establece y mantiene una estrecha relación con los diversos aspectos de los grupos sociales). El encuentro de ambas corrientes se producirá a nivel regional donde la información que aporta el nivel local en los aspectos psicológicos y culturales como de las verdaderas aspiraciones y necesidades de la población local, permitirá a la planificación nacional efectuar los ajustes necesarios (36).

#### **NIVEL NACIONAL**

**(Macroplanificación)**

Planif. nacional

- Objetivos nacionales
- Estrategia

#### **NIVEL REGIONAL**

**(Planif. regional)**

- Objetivos y estrategias regionales
- Encuentro de las propuestas nacionales y la información local.

#### **NIVEL LOCAL**

**(Microplanificación)**

Planif. local

- Objetivos locales o microregionales
- Acciones locales y de base a las acciones regionales y nacionales.



Para concretar la participación de la comunidad en la planificación es necesaria su inserción gradual en los niveles locales. Un punto de partida podrían ser las organizaciones sociales. La planificación de esta forma recibiría un aporte invaluable para poder expresar de mejor manera las necesidades y anhelos de la población beneficiaria.

Se pretende así que la población tome conciencia de las razones que frenan su desarrollo no solamente en el ámbito local sino también en el contexto zonal y regional, que tenga una visión clara de los determinantes de su situación actual, que comprenda el papel que le toca para lograr su auto-desarrollo, evitando el paternalismo y estableciendo una fluida comunicación horizontal.

En esta planificación local la población podrá confrontar sus necesidades con los recursos existentes y llegar a proponer programas locales realistas producto de un modo consciente y racional de actuar.

Todo lo precedente se logrará si se lo enfoca como un proceso de educación permante que lleve a la adquisición de una conciencia crítica por parte de la comunidad hasta la elaboración, ejecución y evaluación de los planes para su desarrollo.

La planificación en salud debe tener muy en cuenta los factores referidos a las motivaciones y la conducta de los grupos sociales, los cuales serán diferentes y variados y condicionarán las acciones a desarrollar.

En este sector el proceso de evaluación no puede quedarse en la observancia de lo producido en términos físicos y de cuantificación, sino ir más allá y conocer los cambios culturales, sociopsicológicos y educacionales que se desarrollaron en las poblaciones.

Se requiere una estructura administrativa que acompañe el proceso, juntamente con un sistema estadístico de salud que incluya datos referidos a factores culturales, sociológicos, psicológicos y educacionales.

"Para que el proceso de planificación en salud se cumpla, es necesario contar con el apoyo y participación de la comunidad. Las dificultades que han retardado la eficacia de los programas de salud a nivel de la comunidad, ponen de manifiesto la inconveniencia de imponerlos de manera irrestricta sin una consideración previa de las características socio-culturales de estos núcleos humanos".

## EL PROCESO PROGRAMATICO

El desarrollo de acciones programadas permite seleccionar entre varias alternativas el camino más

adecuado a seguir para alcanzar el objetivo propuesto, con una mejor utilización de los recursos disponibles.

La programación como método se aplica a todas las áreas del quehacer de un país (economía, agricultura, salud, ingeniería, industria, comunicación, educación, comercio, etc.); y si bien sus etapas se identifican semánticamente de diferentes formas, no hay duda que la esencia y secuencia es única y común en todos los campos.

Ultimamente se ha propuesto considerar la posibilidad de que la programación educativo sanitaria adopte algunos de los aspectos claves de la metodología que es propia de la comercialización. Quienes se muestran partidarios de tal propuesta se basan en los éxitos resonantes de esta, tal vez olvidando o minimizando sus fracasos. Surge el interrogante si es posible "vender" salud de la misma manera en que las grandes empresas comerciales venden por ejemplo bebidas gaseosas (32).

En principio no resulta fácil parangonar los sistemas de salud y los de comercialización porque de alguna manera los diferencia la desigual importancia que asume en ellos la consideración de lo psicosociocultural, y la diferente estructura que tienen los establecimientos y servicios del sector salud en relación al del área comercial.

En cuanto al aspecto puramente metodológico, la conclusión es que no hay diferencias significativas, salvo en la terminología; también en comercialización se puede hablar de etapas (análisis de situación, planificación, organización previa, ejecución y evaluación) en un proceso característicamente circular o iterativo, con el último tramo realimentando al primero en un ciclo continuo.

La exigencia de tener en cuenta los deseos, necesidades, expectativas y satisfacción o no de los consumidores, el uso de un método integrado de comercialización combinada, que considere estrategias de precios, productos, técnicas de comunicación y distribución, y una información permanente sobre la respuesta de los consumidores y del mercado, son cuestiones de la comercialización que de alguna manera tienen su correlato en el área de la programación educativo sanitaria.

El concepto moderno de programación en salud incorpora a la población en cada una de las etapas, abandonando de este modo el exclusivo papel de receptor de las acciones que anteriormente tenía.

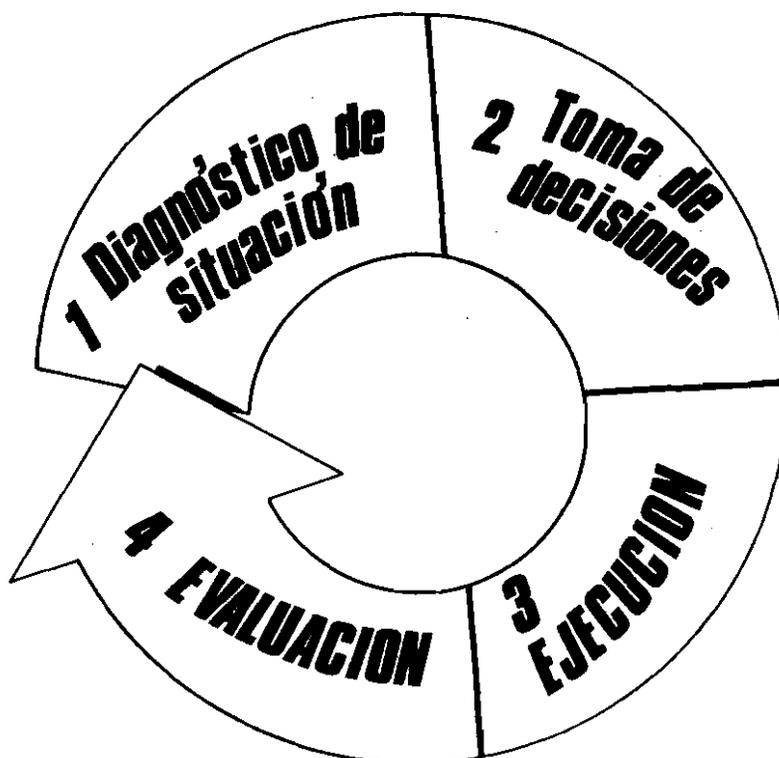
La programación participante debería ser el único método en el presente y en el futuro si se pretende alcanzar el desarrollo integral del individuo y de la sociedad.

"Se debe limitar por un lado, la acción del técnico en el sentido de que no debe ser una persona que lo organiza y planea todo y que además, en una situación de arriba hacia abajo entrega, pro-

pone o simplemente ordena a la población. Esta no se debe sentir simple objeto dentro del desarrollo, sino que debe transformar su pasividad y tener la posibilidad de participar creativamente en toda acción que se relacione con ella. Este relación se da en una situación de igualdad, donde no hay superior ni inferior, sino tan solo dos sectores interesados solidariamente en la elaboración de un plan

que altere positivamente la situación de salud por la que atraviesa la población" (36).

El proceso programático o forma en que se elabora un programa a través del tiempo, comprende varias etapas, que gráficamente podrían sintetizarse en un esquema circular para dar idea que se trata de un proceso iterativo de realimentación permanente.



El diagnóstico de situación, apreciación de la situación, análisis de mercado o información básica, tiene por objeto alcanzar el conocimiento más completo y exhaustivo posible del objeto de programación .

Para ese fin, resulta imprescindible una descripción detallada de la situación problema tanto en lo que respecta a su magnitud como a los factores que la condicionan. Asimismo en esta etapa se deberán conocer los recursos con que se dispone y la forma en que ellos están organizados. Esto exige el relevamiento de datos que una vez analizados generan la información básica necesaria con la cual se alcanzará a explicar las causas y la dinámica de la situación.

Se deben utilizar indicadores los suficientemente específicos y precisos a efectos de que sirvan para su comparación posterior.

"Un indicador es una variable observable y factible de medición que estando asociada a variables teóricas y complejas, permiten señalar los niveles y cambios de la variable que en definitiva interesa" (27).

Así por ejemplo un indicador de la variable teórica "nivel de salud" es la tasa de mortalidad infantil. Los indicadores en salud pueden mostrar aspectos negativos y positivos de la situación (tasa de mortalidad versus expectativa de vida al nacer). En general en salud se utilizan más indicadores de aspectos negativos que positivos.

Sobre la base de la explicación de la situación hallada se hará el análisis de las perspectivas o pronóstico, para establecer en que medida dicha situación se mantendrá sin cambios en el supuesto de que no se modifique la política presente.

Como último paso del diagnóstico, se deberá

evaluar mediante la comparación del modelo observado con un modelo teórico, fruto del conocimiento y la experiencia previa del programador, de las políticas existentes y de las normas vigentes; a fin de determinar si la situación actual es satisfactoria o insatisfactoria.

La participación de la comunidad en esta tarea de diagnóstico es primordial pues contribuirá a la mejor determinación de los problemas de los sentidos. En caso contrario el diagnóstico se limitará al descubrimiento de los problemas reconocidos por los técnicos, que pueden o no ser los que realmente resulten prioritarios para la población.

La toma de decisiones o segunda etapa del proceso programático tiene por objeto definir, en base al diagnóstico de situación realizado, planes y programas de acción concretos y detallados.

Para ese fin, se analizarán las soluciones posibles al problema o cursos de acción necesarios para lograr la situación futura deseada. Se deberá asegurar al programador que las soluciones tengan factibilidad tanto científica, tecnológica, económica como política.

Es esta etapa lo suficientemente crítica como para que se realice en forma combinada entre los técnicos y la comunidad, pues en la búsqueda de soluciones se requiere tanto el conocimiento científico y técnico como una apreciación en profundidad de los factores relevantes del problema. Resulta indispensable fijar prioridades en la atención de los mismos, a fin de asignar los recursos en la forma más conveniente.

Posteriormente se selecciona entre las distintas alternativas de solución aquella que resulte más favorable, la que dará origen a la estrategia a seguir.

Se deben establecer los propósitos del programa teniendo en cuenta para su determinación las políticas generales que rigen en el área. Consecuentemente se hará lo propio con los objetivos, en forma clara, precisa y realista. En la definición de ambos (propósitos y objetivos) se debe manifestar el estado que se pretende alcanzar con respecto a la situación problema, en un tiempo, área y población a cubrir.

Una vez priorizados los problemas, establecidos los propósitos y objetivos y seleccionadas las alternativas de solución, se procede a la programación propiamente dicha.

En ella se determinan las acciones a realizar, se normatizan actividades, los recursos y se fijan las bases para el proceso de control del programa.

Las normas o reglas de procedimiento deben ser claras a fin de asegurar que sean interpretadas y aplicadas correctamente, pertinentes a lo que se desea reglar, prácticas a fin de facilitar su cumplimiento y supervisión, realistas o alcanzables dentro de los límites del programa y lo suficientemente elásti-

cas como para facilitar su adaptación operativamente. Siempre deberán estar escritas y ser conocidas por los responsables de su ejecución y supervisión.

Con el conocimiento de las actividades a realizar, la población sobre la cual se ejercerán y el nivel de cobertura; se determinan las metas del programa que se cumplan en distintos períodos hasta alcanzar el objetivo total a lo largo del programa.

Establecidas las metas se realizan las cuantificaciones de los recursos humanos y materiales. Estas cuantificaciones serán la expresión de la cantidad total de personal interviniente en el programa (tanto institucional como comunitario) discriminando en sus diferentes categorías; así como la cantidad total de bienes de consumo y de capital que requerirá la ejecución. La valorización monetaria de los recursos humanos y materiales da origen a los recursos financieros; el total de esas valorizaciones constituye el presupuesto del programa.

Para cuantificar los recursos no solo es necesario haber establecido las metas sino también conocer el rendimiento de los mismos.

Resulta indispensable determinar los mecanismos de supervisión y control que regirán el programa, por medio de ellos se efectuarán los ajustes necesarios a lo largo de la ejecución.

El control se ejerce mediante la comparación de la acción con la norma y así surgirá si se está cumpliendo o no con lo reglado permitiendo comprobar la calidad de la misma. Ejercer el control permite sobre la marcha modificar las acciones, evitando de ese modo la reiteración de errores que podrían afectar significativamente al proyecto.

En la medida que el incumplimiento o error sea comunicado al personal que lo ejecuta y se le brinden los conocimientos suficientes para que modifique su accionar, se habrá ejercido la supervisión del programa.

Deberá prever el programador el sistema de información que alimentará todas las etapas, pues de este depende la mejor coordinación y adaptación del programa, dado las características de proceso dinámico que tiene.

Asimismo será conveniente realizar un ordenamiento de las actividades a realizar y de los tiempos que insumirán mediante la elaboración de diagramas que permitan definir e integrar las actividades y eventos en un tiempo establecido.

La ejecución o puesta en práctica del programa se verá facilitado en la medida que la realicen quienes hayan participado activamente en la planificación.

“El grado de ejecución del plan está estrechamente relacionado con el grado de participación directa de los ejecutores en su elaboración. Esto es tan importante que puede ser elevado a la categoría de un principio de la planificación” (33).

Para desarrollar esta etapa, resulta conveniente practicar a modo de prueba, ensayo o experiencia piloto, una ejecución preliminar en una muestra representativa. Esto facilitará el ajuste del programa y permitirá evaluar las técnicas y métodos utilizados; la capacidad y modo de desempeño del personal y la receptividad de las acciones por parte de la población.

Forma parte del proceso de ejecución la organización general del programa, que incluye la selección y capacitación del personal, la asignación de funciones, responsabilidades, jerarquías y líneas de comunicación previstas según lo normatizado.

Basado en el concepto de programación participativa, también corresponde que la comunidad se organice para su intervención. Es esencial que todos los sectores de población, no sólo los representantes o participantes directos, estén interiorizados de la realización del programa a fin de evitar obstáculos o barreras que lo limitarían.

Asume en esta etapa un papel protagónico una de las funciones de la administración: la coordinación. En la opinión de algunos autores, "la coordinación es la esencia de la administración puesto que el logro de la armonía del esfuerzo individual hacia la consecución de las metas del grupo es el propósito de la administración. Cada una de las funciones del administrador es un ejercicio de coordinación" (23).

La evaluación consiste en apreciar por procedimientos convenidos los resultados de un programa. La medición de estos se realiza a través de indicadores, los que deberán responder al objetivo para el cual serán utilizados. Los indicadores serán válidos, confiables, específicos, sensible, de fácil interpretación y de un costo acorde con el beneficio que brindan.

La evaluación comprende dos etapas: la de la evaluación propiamente dicha y la retroalimentación del programa.

La primera debe llevarse a cabo sobre las acciones programadas y ejecutadas, sobre los recursos y sobre los efectos del programa.

Con respecto a las acciones programadas y ejecutadas, se evalúa el logro de los propósitos, obje-

tivos y metas; los métodos y técnicas empleadas; el grado de cumplimiento de las normas; la oportunidad, eficacia y efectividad de las acciones realizadas; las formas de supervisión y control empleados; el cumplimiento de la cobertura prevista; etc.

En lo referente a recursos, se evalúa la suficiencia, oportunidad y disponibilidad efectiva de todos los tipos de recursos empleados (humanos, materiales y financieros); el desempeño del personal en base a las normas establecidas; el rendimiento de los recursos empleados; el grado de participación comunitaria; etc.

En lo relativo a los efectos del programa, debe evaluarse el impacto y receptividad del mismo en todos los niveles (desde el político hasta el comunitario) así como el grado de concientización, información y motivación alcanzada y el desempeño de conductas.

El otro aspecto señalado precedentemente, es la retroalimentación. Las conclusiones que se obtengan de la evaluación servirán de base para la reformulación del programa con las modificaciones necesarias, o para la formulación de un nuevo programa si fuera conveniente.

Realizar una evaluación de la propia evaluación, es sumamente necesario, pues probablemente el método y los instrumentos empleados para llevarla a cabo, pueden no ser los más apropiados.

La acción de evaluar debe realizarse con suficiente conocimiento, criterio y responsabilidad, pues sus resultados servirán para retroalimentar todas las etapas del programa.

Es conveniente determinar los plazos más prudentes para evaluar el logro de los objetivos, dependiendo esto del tipo de programa. En el caso de los programas educativo-sanitarios, dado que el cambio de conducta o comportamiento es un proceso lento e intensamente influido por las condiciones del medio, y sólo verdadero en la medida que perdure en el tiempo; resulta conveniente ejercer la evaluación en plazos superiores al año de finalizado el programa.

"Programar, en consecuencia, no consiste en elaborar un documento. Se trata de un proceso permanente" (33).

## GUÍA PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.

A través de la presente Guía para la elaboración de programas de educación para la salud, el grupo de trabajo pretende brindar un instrumento de aplicación práctica a los responsables del desarrollo educativo-sanitario de la población.

Resulta necesario explicitar algunas consideraciones previas, que facilitarán su interpretación y utilización.

En primer término, es imprescindible para el programador conocer si las acciones a desarrollar integran otros programas específicos de salud/enfermedad, o por el contrario tendrán el carácter de un programa global educativo-sanitario. De ello dependerá: a) la necesidad de realizar un diagnóstico más o menos exhaustivo, b) la posibilidad de contar con información básica ya recabada por otros programas, c) la necesidad de dirigir las acciones hacia un área problema predeterminada, d) la disponibilidad de recursos propios del programa de origen.

Otro elemento sustancial que condiciona la modalidad de programación es el conocimiento de la forma en que se establece la población blanco y la población objetivo de las acciones a desarrollar, pues esta puede ser prefijada políticamente o ser resultante lógica del diagnóstico de situación.

Cabe destacar, en otro orden, que se han incluido en la guía a modo de ejemplo, la discriminación de muchos de sus componentes (indicadores, objetivos, cursos de acción, actividades, etc.), a fin de dar especificidad y practicidad a la misma. Para su aplicación el programador deberá seleccionar entre ellos los que más se adapten a la situación particular y agregar otros que no fueron mencionados por el carácter general de este instrumento.

### 1. DIAGNOSTICO DE SITUACION:

#### 1.1 Recolección de datos

##### 1.1.1. Problemática específica de salud.

- Caracterización sanitaria.
- Caracterización educativa en relación con salud.

##### 1.1.2. Existencia de recursos y organización.

##### 1.1.3. Factores condicionantes.

- Características demográficas.
- Características educacionales.
- Características socioculturales.
- Características actitudinales.
- Características socioeconómicas.

- Características geográficas y de transporte.
- Características del ambiente.
- Características sociopolíticas.

#### 1.2. Elaboración y análisis de los datos

#### 1.3. Pronóstico

#### 1.4. Evaluación

### 2. TOMA DE DECISIONES:

#### 2.1. Propósito

#### 2.2. Objetivos

#### 2.3. Metas

#### 2.4. Estrategia

#### 2.5. Cursos de acción.

##### 2.5.1. Principales áreas educativo sanitarias

#### 2.6. Recursos y su organización

##### 2.6.1. Recursos humanos

##### 2.6.2. Recursos físicos

##### 2.6.3. Recursos financieros

##### 2.6.4. Organización de los recursos.

#### 2.7. Supervisión y control

#### 2.8. Cronograma de actividades.

### 3. EJECUCION

#### 3.1. Preparatoria

##### 3.1.1. Desarrollo de contenidos

##### 3.1.2. Producción de medios educativos.

##### 3.1.3. Capacitación y adiestramiento de personal.

##### 3.1.4. Coordinación previa intra y extra-sectorial.

#### 3.2. Ejecución plena.

### 4. EVALUACION

#### 4.1. Evaluación propiamente dicha

##### 4.1.1. De acciones programadas y ejecutadas.

- Población objeto y sujeto
- Métodos y técnicas empleados.
- Recursos

##### 4.1.2. Efectos del programa

- En relación a los propósitos y objetivos programados.
- En relación a situaciones no previstas en el programa.

##### 4.1.3. Influencias externas.

#### 4.2. Retroalimentación.

## 1. DIAGNOSTICO DE SITUACION:

- Comprende:
- 1.1. Recolección de datos.
  - 1.2. Elaboración y análisis de los datos.
  - 1.3. Pronóstico
  - 1.4. Evaluación

### 1.1. Recolección de datos:

#### 1.1.1. Problemática específica de salud:

##### Caracterización sanitaria:

- Caracterice la población desde el punto de vista sanitario mediante la utilización de indicadores apropiados (esperanza de vida, morbi-mortalidad, etc.). Conozca las condiciones sanitarias del ambiente.
- Conozca su evolución histórica y establezca su tendencia.
- Resuma la cantidad y calidad de los servicios asistenciales. Especifique la cobertura de la población del área. Caracterice los servicios de salud según sean accesibles, continuos, completos y personalizados.

##### Caracterización educativa en relación con salud.

- Qué acciones de educación sanitaria se han efectuado o se efectúan?
- Sobre qué población y en qué área geográfica?
- Por medio de qué grupos o instituciones?
- La población está concientizada, informada, motivada con respecto al cuidado de su salud? Toda ella o parcialmente?
- Las acciones han sido efectivas? Se traducen en cambios de comportamiento favorables?

#### 1.1.2. Existencia de recursos y su organización:

- Existen políticas de nivel superior y/o legislaciones vigentes, intra o extrasectorial, o compromisos internacionales, que puedan condicionar de algún modo la formulación de programas?
- Indique cuales son los recursos sanitarios y educativos existentes, públicos y privados, físicos y humanos.
- Preste especial atención a la existencia de servicios de educación sanitaria. Detalle la situación de los mismos en lo referente a su ubicación dentro de la estructura de la organización y el nivel de comprensión y apoyo que reciben por parte de la misma.

- Señale la forma en que los recursos de salud están organizados (sistema de regionalización, coordinación funcional).

- Qué otros recursos podrían ser afectados a las acciones del programa?

Medios de comunicación social: diarios, revistas, radios, canales y retransmisoras de T.V., etc.

- Recursos comunitarios: líderes, organizaciones comunales, vecinales y religiosas, de recreación, etc.

- Recursos cívico-culturales: bibliotecas, clubes, museos, etc.

- En qué condiciones podrían ser utilizados? Con qué alcance y cobertura?

- Hay factores (intereses comerciales o industriales, publicidad, etc.) que contribuyan favorablemente o desfavorablemente a la acción de salud?

#### 1.1.3 Factores condicionantes :

##### Características demográficas:

- Indique el tamaño de la población, su estructura según edad y sexo, el crecimiento vegetativo de la misma mediante la utilización de las tasas de natalidad, mortalidad y migraciones.
- Conozca la distribución de la población en áreas urbanas, suburbanas y rurales (en relación a la población centrada y dispersa), densidad poblacional y tamaño de la familia.
- Indique la existencia de diferentes grupos étnicos.

##### Características educacionales:

- Señale los principales indicadores del nivel de instrucción de la población: analfabetismo, desgranamiento escolar, deserción escolar, población según diferente nivel de instrucción (primario, secundario y terciario).

##### Características socioculturales:

- Caracterice la población según estratificación social.
- Identifique las percepciones y motivaciones más trascendentes que guían los comportamientos de la población. Considere las creencias, tabúes, hábitos de la comunidad.

##### Características actitudinales:

- Cuáles son las necesidades sentidas de la

población? De qué manera son manifestadas?

- Investigue el grado de satisfacción en función de los efectores de servicios de salud.
- Detalle las expectativas de la población con respecto a este servicio.

#### **Características socioeconómicas:**

- Detalle cual es el ingreso anual per cápita, producciones básicas, nivel ocupacional, principales fuentes de trabajo, etc.

#### **Características geográficas y de transporte:**

- Señale las particularidades climáticas y topográficas, como así mismo las vías y medios de comunicación (km de carreteras, tipos de caminos y medios de transporte).

#### **Características del ambiente:**

- Conozca las condiciones sanitarias del ambiente.

#### **Características sociopolíticas:**

- Cual es el sistema de organización del gobierno, la división política, niveles y jurisdicciones. Conozca la legislación en vigencia.

### **1.2. Elaboración y análisis de los datos:**

- Seleccione, resuma y relacione los datos recogidos a fin de poder elaborar información específica y útil que permita explicar la situación.
- De la información analizada, cuáles son los elementos que caracterizan esencialmente la situación problema?
- Es necesario ampliar la información disponible?

### **1.3. Pronóstico:**

- Cuál sería la probable evolución natural espontánea de la situación?

### **1.4. Evaluación:**

- Compare el modelo observado (realidad observada) logrado mediante la ejecución de los pasos previos, con un modelo teórico posible de alcanzar dadas las circunstancias.
- Considere la conveniencia o no de efectuar determinadas acciones.

## **2. TOMA DE DECISIONES:**

- Se determinará:
- 2.1. Propósitos
  - 2.2. Objetivos
  - 2.3. Metas

- 2.4. Estrategia
- 2.5. Cursos de acción y actividades
- 2.6. Recursos y su organización
- 2.7. Supervisión y control
- 2.8. Cronograma de actividades

### **2.1. Propósitos:**

- Defina la situación futura deseada que se pretende alcanzar con la ejecución del programa. Imagen-objetivo, imagen-horizonte.

### **2.2. Objetivos:**

- Plantee con precisión y en forma cuantificable en términos relativos los cambios de situación necesarios para cada uno de los factores decisivos del problema.
- Indíquese cuál será la población a cubrir por las acciones (total o grupos seleccionados: población blanco).
- Cobertura: En qué porcentaje de la población escogida (población blanco) se desarrollarán las acciones?
- Area geográfica: Cuál será la zona geográfica donde se desarrollará el programa?
- Cual será la extensión temporal del proyecto?
- Formule objetivos claros y realistas que guarden un adecuado orden de prioridades.

### **2.3. Metas:**

- Cuantifique en valores absolutos cada uno de los objetivos formulados. Podrán abarcar tiempos parciales o coincidir con el plazo total establecido para el cumplimiento del objetivo en un área operativa determinada.
- Establezca de ser posible, indicadores válidos, confiables, específicos, sensibles, sencillos y de facilidad y costo reducido, para la obtención de los datos.

### **2.4. Estrategias:**

- Establezca el conjunto de actividades escalonadas en el tiempo que permitirá llevar la situación actual a la deseada.
- Seleccione y justifique, teniendo en cuenta criterios de aptitud y coherencia interna y externa, factibilidad téc-

nica y económica y viabilidad socio-política, la estrategia a seguir entre todas las alternativas posibles.

#### 2.5. Cursos de acción y actividades:

- Seleccione cursos de acción y actividades en las principales áreas problemas detectadas, en el marco de la estrategia establecida.
- Normatice la cantidad de actividades a desarrollar en los diferentes cursos de acción, a fin de poder determinar la eficacia del programa.

- Normatice las características o modalidades en la realización de las actividades a efectos de establecer su eficiencia.

#### 2.5.1. Principales áreas educativas sanitarias:

- Investigación y normatización
- Promoción comunitaria
- Comunicación social
- Producción de medios educativos
- Formación de recursos humanos
- En cada una de ellas se enuncian a modo de ejemplo: objetivos, cursos de acción y actividades posibles.

### AREA DE INVESTIGACION Y NORMATIZACION

**Objetivos:** - Investigar las percepciones, motivaciones, actitudes y conductas de la comunidad Jad.  
- Investigar y normatizar los contenidos, técnicas y métodos educativo-sanitarios.

#### Cursos de acción:

- Investigación y normatización de:
  - . Contenidos de salud en los programas de estudio de la enseñanza sistemática, con particular énfasis en los niveles primario y secundario.
  - . Las distintas posibilidades de la enseñanza no formal.
  - . Uso de ayudas audiovisuales y distintos medios de comunicación social.
  - . Las técnicas de participación de la comunidad en programas de Educación para la Salud.
- Investigación con un enfoque multidisciplinario de los problemas de salud.
- Investigación de conocimientos, opiniones, actitudes y conductas de la población.
- Investigación sobre recursos educativos institucionales y comunitarios que puedan colaborar con el programa.
- Investigación sobre la eficacia de las diferentes técnicas y métodos educativos en poblaciones de diferentes ingresos y de diferentes áreas (urbanas y rurales).
- Investigación de las actitudes de la población en lo que respecta a los adelantos tecnológicos de la medicina y los métodos tradicionales.

#### Actividades:

- Constitución de equipos interdisciplinarios (ciencias de la salud, la conducta y la educación) para el estudio de la problemática educativo-sanitaria.
- Entrevistas individuales y grupales. Encuestas de conocimientos, opiniones y actitudes.
- Estudio de documentación y bibliografía.
- Aplicación de técnicas de investigación operativa.
- Medición de audiencias y de respuestas actitudinales en el uso de los medios de comunicación social y de ayudas audiovisuales.
- Entrevistas con informantes claves.
- Aplicación de determinada técnica educativa en diferentes áreas y/o población y analizar los resultados.

## AREA DE PROMOCION COMUNITARIA

**Objetivos:** Promover una organización comunitaria basada principalmente en los conceptos de auto-responsabilidad y autoayuda.

### Cursos de acción:

- Promoción de un voluntariado activo, responsable y dinámico, constituido por líderes grupos e instituciones de la propia comunidad.
- Fomento de prácticas y experiencias comunitarias de cooperación mutua solidaria.
- Participación en programas de desarrollo comunitario intra y extrasectorial (Promoción y Asistencia de la comunidad, Servicio Social, INTA, Menor y la Familia, etc.)
- Apoyo técnico y financiero para la organización comunitaria.
- Coordinación adecuada permanente de los niveles institucionales y comunitario.

### Actividades:

- Selección y motivación actitudinal de voluntarios por entrevistas individuales y grupales, cursillos, etc.
- Prácticas comunitarias:
  - . Satisfacción de necesidades sentidas (construcción de calles y caminos, de lugares de recreación, servicios de provisión de agua o de disposición de excretas, etc.).
  - . Limpieza e higienización de lugares de uso común.
  - . Cuidado y atención de enfermos e impedidos.
  - . Participación activa en otros programas de salud y bienestar social.
- Construcción de grupos de trabajo conjunto, de comisiones de enlace, y coordinación permanente entre los niveles institucionales y comunitarios, intra y extrasectorial.
- Subsidios.

## AREA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**Objetivos:**

- Integrar equipos interdisciplinarios principalmente en el nivel de planificación y conducción de la educación para la salud.
- Promover la incorporación de contenidos de educación para la salud en la formación de personal.
- Disponer de personal intra y extrasectorial y de retransmisores comunitarios, con conocimientos, habilidades y destrezas para el ejercicio de funciones educativo sanitarias.

### Cursos de acción:

- Incorporación al equipo de educación para la salud de profesionales de ciencias de la salud, la conducta, y la educación.
- Promover la introducción de contenidos educativo sanitarios en los planes y programas de estudio en la formación de docentes de la enseñanza sistemática.
- Promover la introducción de contenidos básicos de salud y ciencias sociales y de la educación en los planes y programas de estudio del personal de nivel técnico intermedio con acción comunitaria.
- Adiestramiento en servicio de personal profesional, técnico y auxiliar de los establecimientos y servicios de salud.
- Adiestramiento en servicio de personal directivo, supervisor y docente de la educación sistemática, principalmente en el área de la educación primaria y secundaria.
- Capacitación y adiestramiento a personal extrasectorial y comunitario con funciones vinculadas directa o indirectamente con la educación para la salud.

### Actividades:

- Cursos, seminarios, conferencias, jornadas, ateneos, congresos.
- Capacitación a distancia (cursos, correspondencia periódica).
- Estudio y diseño curricular.
- Residencias, becas y pasantías.
- Experiencias docentes en terreno.
- Prueba piloto de adiestramiento.

## AREA DE PRODUCCION DE MEDIOS EDUCATIVOS

**Objetivo:** - Disponer de materiales gráficos y audiovisuales adecuados a los fines y objetivos de la educación para la salud.

**Cursos de acción:**

- Producción de materiales educativos con métodos y técnicas que posibilitan la participación representativa de grupos y sectores del personal interviniente y comunitario destinatario.
- Asesoramiento a instituciones públicas y privadas y comunitarias que produzcan o puedan producir materiales educativos.

**Actividades:**

- Redacción, ilustración, diagramación y diseño de materiales, con evaluaciones preliminares de prototipos y preprueba adecuadas.
- Producción y evaluación de materiales educativos con representantes de grupos y sectores destinatarios, constituidos en comités.
- Constitución de equipos técnicos profesionales de asesoramiento para la producción de materiales.

## AREA DE COMUNICACION SOCIAL

**Objetivos:** - Proponer una adecuada comunicación entre las personas con el objeto de alcanzar los fines de la educación para la salud.

**Cursos de acción:**

- Relacionar las variantes de comunicación interpersonal y/o masiva con la estrategia comunicacional propuesta del programa y seleccionar las más adecuadas.
- Promover la educación para la salud a nivel de todas las instituciones públicas intra y extrasectoriales, privadas y comunitarias que desarrollan acciones vinculadas con la comunicación social.

**Actividades:**

- Medios de comunicación social: radio, televisión: emisión de tandas, introducción de contenidos y mensajes en programas periodísticos y de interés general.
- Cine: distribución y proyección de películas educativas y cortos promocionales educativo sanitarios en circuitos de cine comercial y de cine social y recreativo. Teatro, carteles móviles, carteleros en lugares públicos.
- Prensa escrita: publicación de avisos destacados, notas de interés general.
- Medios de comunicación interpersonal: charlas grupales, entrevistas, debates, rol playing etc., con la utilización de ayudas audiovisuales y distribución de material gráfico según corresponda. Demostraciones prácticas, huertas, talleres, visitas guiadas.
- Encuentros institucionales intersectoriales periódicos. Coordinación inter y multisectorial permanente.

## 2.6. Recursos y su organización:

- Qué clase y cantidad de recursos requerirá la ejecución del programa?
- Considere tanto recursos humanos como físicos (edilicios y equipamiento) y financieros; discriminados por áreas (institucional-intra y extrasectorial-públicos y privados - y comunitarios).
- Cuántos y cuáles son los recursos a gestionar? (Considerar la disponibilidad de recursos en las distintas áreas)

### 2.6.1. Recursos humanos:

- Determine la cantidad y calidad de los recursos:
  - a) Propios de programa: personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar (médico, psicólogo social, antropólogo, asistente social, educadores sanitarios, veterinarios, enfermeras, nutricionistas, dactilógrafos, choferes, etc.).
  - b) Retransmisores institucionales intrasectoriales (personal de los servicios de salud) y extrasectorial (personal del área educacional, de bienestar social, comunicacional, agropecuaria, de recreación, del comercio y de la industria, etc.).
  - c) Retransmisores comunitarios (líderes y grupos comunitarios).

### 2.6.2. Recursos físicos:

- Determine la cantidad y tipo de los recursos edilicios y de equipamiento necesarios (sala de espera hospitalaria o de centros de salud, aulas de escuelas, salones de sociedades de fomento vecinales, vehículos para movilidad, proyectores de cine y audiovisuales, equipos y materiales para impresión gráfica, producción de ayudas audiovisuales, etc.).

### 2.6.3. Recursos financieros:

- Valorice en términos económicos los recursos humanos y físicos necesarios para el desarrollo del programa (elaboración del presupuesto por programa).

### 2.6.4. Organización de los recursos:

- El programa cuenta con una estructura es-

pecífica propia? o se integra a la estructura del programa de origen? -

- Como estará organizada dicha estructura? (niveles de dirección, ejecución, supervisión, control y evaluación de las acciones)
- Cómo se relacionará esa estructura con las demás áreas y sectores de la organización?
- Tendrá adecuadas atribuciones para la coordinación intra y extrasectorial programada y la necesaria autonomía para la toma de decisiones?
- Cuál será el sistema de información permanente, que con el fin de retroalimentar y coordinar el programa, lo registrará internamente?
- Establezca la forma en que estarán organizados los recursos según niveles de complejidad (nivel central, intermedio y operativo).
- Determine las líneas de dependencia jerárquica intrasectorial.
- Determine las líneas de coordinación intra y extrasectorial.
- Normatice las actividades y responsabilidades en cada categoría de personal y en los recursos humanos en general.
- Normatice las características de los recursos físicos necesarios.

## 2.7. Supervisión y control

- Explícite la forma en que se ejercerá la supervisión y control en todas las etapas del programa:
- Qué supervisar: cursos de acción, actividades, recursos humanos, métodos, y técnicas empleadas, medios utilizados, etc.
- Como supervisar: instrumentos y criterios a utilizar.
- Quien supervisa: personal responsable de ejercer esta función.
- Cuando supervisar: momentos de la ejecución en que se desarrollará.
- Basándose en los resultados de la supervisión y control, normatice además el sistema de información previsto para retroalimentar el programa en cada una de sus etapas.

Las normas aplicables tanto a actividades y recursos como a supervisión y control deberán estar escritas, ser claras, pertinentes, elásticas y realistas.

## 2.8. Cronograma de actividades:

- Qué plazos de ejecución pueden estimarse para cada una de las etapas del programa?
- Estime el tiempo óptimo para cada una de esas etapas.
- Cómo quedan relacionados en los tiempos de ejecución los distintos pasos del programa.
- Indique el tiempo total previsto para la ejecución del programa. Considere la posibilidad de trabajar en base a diagrama de flujo, gráficos de Gantt o Pert o cualquier otra forma adecuada de diagramación.

## 3. EJECUCION:

Etapas: 3.1. Preparatorias, de organización previa o de ajuste inicial de programa.

3.2. De ejecución propiamente dicha.

### 3.1. Preparatoria:

#### 3.1.a. Desarrollo de contenidos:

Consiste en la elaboración de líneas sinópticas y mensajes a partir de los contenidos (ideas fuerza) normatizadas en la etapa de programación previa. En cada caso se realizarán pruebas y evaluación de prototipos en pequeña escala (a nivel de personal del programa y de población objetivo). En las pruebas y evaluaciones considerar grado de comprensión e interés que despiertan los mensajes, la retención de contenidos y la identificación de puntos débiles y fuertes.

#### 3.1.b. Producción de medios educativos:

Consiste en la producción de todos los materiales programados, en base a proyectos probados y evaluados en la etapa anterior.

#### 3.1.c. Capacitación y adiestramiento de personal:

Consiste en la ejecución de todas las acciones de capacitación y adiestramiento del personal que iniciará el desarrollo del programa.

#### 3.1.d. Coordinación previa intra y extraseccional:

Consiste en la realización de todas las actividades de coordinación que son necesarias para poner a todas las áreas de acción programadas en condiciones de funcionar en plenitud.

## 3.2. Ejecución plena:

Consiste en el desarrollo de los distintos cursos de acción y actividades seleccionados y cronogramados previamente.

En esta etapa son de fundamental importancia las actividades de supervisión, control y evaluación continua, a efectos de responder adecuadamente a estos interrogantes principales:

- En qué medida el programa va satisfaciendo los objetivos y metas establecidas?
- En qué medida el programa está cumpliendo las normas de calidad, producción, rendimiento y cobertura?
- Qué modificaciones necesitarían hacerse para ajustar el programa sobre la marcha?

## 4. EVALUACION:

La evaluación se ajustará a las previsiones que al respecto hubieran sido formuladas en el programa (objetivos, instrumentos y métodos seleccionados, procedimientos de medición, grupos testigos, recursos, sistema de información).

Comprende: 4.1. Evaluación propiamente dicha

4.2. Retroalimentación.

### 4.1 Evaluación propiamente dicha:

#### 4.1.a. De acciones programadas y ejecutadas:

Qué porcentaje del total de acciones programadas en cada área llegaron a cumplirse?

Las actividades cumplidas, se hicieron en tiempo oportuno? Estuvieron a cargo del tipo y categoría de personal previstos?

- Población objeto y sujeto de la acción: Las acciones desarrolladas, cubrieron el número y los grupos o sectores de población objetivo programados?

Hubo alguna diferenciación por área geográfica?

- Métodos y técnicas empleadas:

Los métodos y las técnicas empleadas, fueron adecuadas para alcanzar los objetivos y metas propuestas?

La Aplicación de los métodos y las técnicas se ajustó a las normas programadas? 'si no fué así: hubo factores limitantes o condicionantes determinados (disponibilidad de recursos, preparación insuficiente de personal, etc.

- Recursos:

Se dispuso real y efectivamente de los recursos programados? Si no fué así: de qué tipo y calidad de recursos no se dispuso? Cuáles fueron las razones de la falta?

#### 4.1.b Efectos del programa

- En relación a los propósitos y objetivos programados:

Se logró el nivel de concientización, información, motivación actitudinal o cambios de comportamientos previstos en la imagen objetivo?

- En relación a situaciones no previstas en el Programa:

Hubo modificaciones de la realidad inicial que pudieran atribuirse al programa y que no fueron previstos originariamente?

#### 4.1.c Influencias externas:

Hubo influencias externas que favorecieron o dificultaron la marcha y los resultados del Programa? (modificaciones demográficas, situaciones económico-sociales, efectos de otros programas, etc.).

#### 4.2. RETROALIMENTACION

- Cuáles son las conclusiones de la evaluación con significación para replantear la formulación de un nuevo programa o cambios en el que se lleva a cabo?
- Cuáles son los mecanismos de ajuste programados o disponibles para capitalizar en el actual o el nuevo programa la experiencia de evaluación realizada?

## BIBLIOGRAFIA

1. Alma Acta 1978 Atención primaria de la salud. Serie "Salud para todos" N° 1.
2. Alonso Virgilio. Apuntes de clase. Espuba 1983
3. Alonso Fernández V., Biocca, Saúl. "Evolución en Salud Pública", Revista de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública Pcia. Bs. As. N° 9/10 1968 pag. 31.
4. Andueza, Elena y otros. Monografía "Medicina comunitaria". Espuba 1983. Cátedra Atención de las personas. Esc. de Salud Pública.
5. Bhalerao, V.R. "Los escolares, promotores de salud de la familia". Foro Mundial de la Salud" Vol. 2 N° 2.
6. Biocca Saúl, "Aspectos doctrinarios de la educación para Salud". Serie de informes técnicos S1 N° 1 1970.
7. Biocca, Saúl, Apuntes de clase. Espuba 1983. Cursos de Diplomados en Salud Pública. Esc. de Salud Pública. Bs. As. Argentina.
8. Bleger José. "Psicología de la conducta". Editorial Eudeba 1968.
9. Bullaude José. Apuntes de clase Espuba 1983. Curso de diplomados en Salud Pública. Esc. de Salud Pública. Bs. As. Argentina.
10. Burney L. OPS Vol LX N° 5 pag. 391. 1966.
11. BOSP "Auxiliares rurales de salud adiestrados por el Ministerio de Salud Pública". Vol. 94 N° N° 6 Junio 1983.
12. BOSP "Prioridades, cuestiones y problemas en las investigaciones sobre educación para la salud, con especial referencia a las naciones en desarrollo". Vol. 89 N° 1 Julio 1980.
13. BOSP "Unidades didácticas sobre el objetivo y la estrategia de la atención primaria". Vol. 94 N° 94 N° 3 Marzo 1983.
14. Bosh y Segovia. "Enseñando y aprendiendo medicina integrada". Medicina administrativa N° 4 Vol. 4 - 1970.
15. Crito Adolfo "Observaciones sobre el factor social en el desarrollo argentino". Centro Universitario de política social. Univ. Nac. de Córdoba
16. Cromberg J.E. "Qué es la enseñanza audiovisual". Ed. Columbia. Colección Esquemas. N° 112. 1971.
17. Deferrari, Juan J. "La educación sanitaria en un programa de salud Pública". Revista de Salud Pública. Pcia. de Bs. As. N° 2 pag. 21, 31. 1962
18. Estadísticas de la educación. Ministerio de Educación. 1982.
19. Graciccia, G. "La educación sanitaria en la lucha antipalúdica ¿porqué ha fracasado?. Foro Mundial de la Salud. Vol. 2 N° 3. 1981.
20. Hochbaum G. "Lo que puede y lo que no puede lograr la comunicación. Comunicación y cambio de comportamiento" VII Conferencia Internacional sobre la salud y la educación sanitaria. Actas Pag. 345. 1969.
21. Hubbard y col. "La familia en la formación del estudiante de medicina" OPS. 1975 - Vol N° 1 LIX.
22. Instituto de cultura popular. Educación asistémica en comunidades marginales. Reconquista Santa Fé. Argentina 1981.
23. Koontz H. y col. "Curso de Administración Moderna: Un análisis de las funciones de la Administración". Ed. Librios Mc Graw-Hill México 1973.
24. Larimore G.W. "Papel de la Educación en la Medicina Preventiva". Revista de Salud Pública N° 13/14. Julio 1969. Pag. 100 - 101.
25. Le Meitor-Kaplum A. "Algunos resultados de la investigación sobre la comunicación". Actas VII conferencia Internacional sobre la salud y la educación sanitaria. Pag. 350. 1969.
26. Massolo Elsa. Formación de Recursos en Educación Sanitaria. Serie 1 N° 1 1970. Informe técnico. Depto. Educación para la Salud.
27. Ministerio de Salud Pública y medio ambiente. "Asignación de Recursos para la Salud". Aportes para la toma de decisiones Bs. As., 1981.
28. Ministerio de Bienestar Social y Secretaría de Salud Pública. Argentina "Bases de la Educación para la Salud". Serie 1 N° 1. 1981.
29. Ministerios de Bienestar Social. "Planificación y evaluación de servicios de Educación Sanitaria". Bs. As. Serie 1 N° 3. 1971.
30. "Ministerios de Salud Pública de la Prov. de Bs. As.". "Planificación en el Campo de la Salud". Revista de Salud Pública N° 11/12. 1968.
31. Ministerio de Salud Pública de la prov. de Bs. As. "El Proceso de Planificación y Glosario de términos usados en planificación" Revista de Salud Pública Bs. As. N° 6. 1963.
32. Novelli W. "Un modelo de sistemas para la comercialización de la salud". Presentado en el taller de comercialización y fomento de la salud auspiciado por la universidad de Ohio y la American Marketing Association Athens, Ohio, Mayo. 1982.
33. OPS. "Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la Salud". Publicación científica N° 111. 1967.
34. OPS. Editorial. Vo. LIX. N° 1 Pag. 43. Julio 1975.
35. OMS. "Calidad de Vida, desarrollo intersectorial y participación de la comunidad IMPLAN/7 Abril 1982.
36. OPS. "Planificación-participante" 1969-Seminario Latinoamericano de Educación Sanitaria en relación con planificación en salud Informe Final.
37. OPS "Procedimiento para la formulación de políticas de Salud". 1973.
38. OPS. "Formulación de políticas de Salud". Santiago Chile 1975.
39. Rearte Mercedes y otros. "Antecedentes sobre

- propuestas de formación específica en educación para la salud". 1977 Bs. As. Argentina.
40. Revista Educación para la Salud. "La educación sanitaria en la enseñanza sistemática". Secretaría de Estado de Salud Pública Nº 36 pag. 3, 12. 1973.
  41. Revista educación para la Salud. Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación Nº 39 abril 1977.
  42. Sarasata, Mary. Evaluación de las necesidades de la comunidad. Florida Washington.
  43. Sbarra N. "La escuela debe ser el centro de la educación para la Salud". Instituto Superior de Educación Sanitaria". (ISES). 1970.
  44. Segovia J. "La Educación Sanitaria en el Hospital". Revista de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública de la prov. de Bs. As. Nº 8 Pag. 29. 1965.
  45. Segundo Congreso Nacional de Enseñanza Audiovisual de La Plata. "Comunicación Audiovisual". 1973.
  46. Smith y Smith. "La conducta del Hombre". Introducción de la Psicología. Traducción Ed. Universitaria Bs. As. 1967.
  47. Sonis A. y Colaboradores. "Desarrollo Económico Social y Salud Medicina Sanitaria y Administración de Salud" Pag. 39. 1971.
  48. Sonis y Col. "Planificación". (A. Lanza). "Programación" (N. Perrone). Atención de la Salud" 1975.
  49. Standard K. y Kaplun Educación Sanitaria: Nuevas tareas y nuevos criterios Crónica de la OMS 37 (2) pag. 79-83. 1983.
  50. Sweemer, Cecile de "La comunicación y la difusión de información" Development Communications Report - Nº 27 - Julio 1979.
  51. Terry George Principios de Administración.
  52. Recomendaciones de las Discusiones Técnicas en Nuevas Políticas para la Educación para la Salud en la Atención Primaria de la Salud. 360. Asamblea Mundial de la Salud - Ginebra - Mayo 1983, La Educación para la Salud OMS/ SCIPHE Nº 1/1985.
  53. Nuevos Métodos de Educación para la Salud en la Atención Primaria de la Salud. Serie de Informes Técnicos no. 690/1983 Ginebra/OMS.
  54. Educación Comunitaria en Salud. Evaluación de los programas actuales. Nuevas orientaciones y estrategias. Discusiones Técnicas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 290 (4) 1981.
  55. Participación Comunitaria y Educación para la Salud. El papel del personal de Salud. Revista Educación para la Salud. Ministerio de Salud y Acción

# INDICE

Introducción . . . . .	3
------------------------	---

## I ASPECTOS BASICOS CONCEPTUALES

Definición y concepto. Evolución histórica: ciencias de la salud, la educación y la conducta. El hombre y su medio. Percepciones y motivaciones. . . . .	7
--	---

El proceso educativo-sanitario. Marco referencial. Comunicación y educación para la salud. Medios masivos. Comunicación interpersonal. Ayudas audiovisuales. . . . .	11
--	----

La educación para la salud y su significación en el contexto del desarrollo económico-social y geopolítica de la República Argentina. . . . .	21
---	----

La atención primaria de la salud y la educación para la salud. Organización y participación comunitaria. Su importancia como estrategia fundamental. . . . .	22
--	----

Recursos humanos. Su formación en educación para la salud, un enfoque global . . . . .	24
--	----

## II PLANIFICACION Y PROGRAMACION

Política de salud. Planificación general en salud. El proceso programático. . . . .	27
---	----

Guía para la elaboración de programas de educación para la salud . . . . .	34
--	----

Bibliografía . . . . .	43
------------------------	----

Indice . . . . .	44
------------------	----

Se terminó de imprimir en Impresora Belgrano S.A.  
Av. de los Inmigrantes 1950 - Buenos Aires en el mes  
de Julio de 1986