

EDUCACIÓN Y SALUD.

UNA SIMBIOSIS COMUNITARIA.

M^a Dolores Flores Brinnet

Anne Marie Sarlet Gerken

0. Introducción.
1. Consideraciones Teóricas.
2. La praxis en salud comunitaria.
3. Conclusión: La salud es el ambiente.
4. Referencias bibliográficas.
5. Anexos. (Del texto de Costa López, Saluda Comunitaria)

Introducción.

La Conferencia de Ottawa (Primera Conferencia Internacional para la promoción de la Salud) reunida el 21 de Noviembre de 1986, promulgó la Carta de la Salud para todos de aquí al año 2000 y más allá. Se trata de promover una atmósfera de salud reflexionando sobre las condiciones requeridas, medios, intervenciones, elaboración de políticas y estrategias, creando el ambiente favorable, el refuerzo de la acción comunitaria para adquirir las aptitudes individuales y entrar así en un futuro con los servicios de salud reorientados. Adquirir aptitudes individuales es un objetivo de la Carta: "La promoción de la santé s'orientent de développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables á la vie".

La preocupación por la salud no es un problema de la medicina únicamente. Más bien diríamos que es un problema no sólo de los médicos, sino a pesar de los médicos. No queremos plantear aquí el fenómeno yatrógeno, sino proclamar muy claramente que la educación para la salud, no puede quedarse en manos de los médicos*. Ellos ya tienen bastante con la enfermedad. La salud concierne a todos: gobiernos, sociedad en general, comunidad, agentes sanitarios, formadores y educadores. En esta perspectiva nos situamos cuando hablamos de Educación para la salud; nos interesa el medio. A través de él queremos crear un clima de salud para todos. No consideramos tampoco la salud sólo como un bien individual. El individuo gozará de mejor salud si el medio también es sano. En definitiva, salud comunitaria como valor de todos para todos, porque aislamiento, soledad, marginación social, rechazo y desempleo son trastorno de las relaciones del hombre con la sociedad que repercuten gravemente en su salud. La educación sanitaria es un tema de actualidad, aunque ya ha sido tratado en bibliografía extranjera ampliamente, y además ha tenido grandes repercusiones en cuanto su plasmación práctica en varios países; sin embargo, en

* Salud es el resultado de los esfuerzos realizados en sectores tan alejados de la medicina como el urbanismo, la educación o el ambiente ecológico (J.M. de Miguel. Otros en Cuaderno y Debates. "El futuro de la Salud" Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 88,

España ha habido una gran escasez en bibliografía sobre el tema: unas veces se han dado voluntariamente aislados en la práctica de ésta, pero no se ha sistematizado casi nada al respecto, y otras, se ha especulado pero no se ha llegado a la acción; a pesar de que en los últimos años ha sido reivindicada como uno de los instrumentos fundamentales de la Salud Pública. (1) Su actualismo legal queda justificada en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 (2) y en la Ley General de Sanidad en los artículos 5,6 y 15 (3). Además, y no nos extraña, nunca se ha enmarcado ni planteado en el "ámbito de la Educación escolar referida a dos aspectos:

- 1 Como posible profesionalización escolar.
- 2 Por ser esencial para todo hombre (dentro del marco de una educación integral humana).

Si ha sido planteada dentro de la Salud Pública y la Salud Comunitaria (4), a nivel de Centros de Salud, pero no a nivel educativo. Esto último se puede comprobar yendo a colegios y preguntando: ¿imparten educación Sanitaria?. La mayoría contestarán que no, y además nos pueden decir: -¿Eso qué es?. Pero ¿cómo van a impartir educación Sanitaria si los profesores no la han recibido en su formación?.

El primero de los aspectos a los que hemos aludido anteriormente es el que nos llevó a pensar por qué siendo una posible vía de profesionalización del educador social no se había hecho ni pensado nada al respecto. Por qué ¿siendo la Educación Sanitaria una de las actividades dedicadas al aumento de la calidad de vida (5), y por tanto esencial para el

desarrollo integral del hombre, no era tratada en el ámbito escolar, siendo ésta una principal vía de incidir en los hábitos de las generaciones más jóvenes, que son las que más hay que formar en cuanto a prevención en general; del mismo modo el tema ha sido también poco tratado en educación comunitaria, es decir, lo que se conoce por Salud Comunitaria.

Todas estas reflexiones nos ha llevado a buscar bibliografía sobre Educación Sanitaria para descubrir qué se había dicho al respecto. También recogimos información en la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Murcia, así como en la Consejería de Sanidad Y Servicios Sociales de ésta Comunidad Autónoma, sobre lo que se han propuesto y qué se está haciendo realmente en nuestra región, en Educación Sanitaria en general y, sobre todo, en lo referente al ámbito escolar (Programa de Salud Escolar), por ser éste nuestro centro de interés. De la información obtenida por una y otra vía, y además de las charlas que tuvimos, vimos también algunas de las posibilidades y competencias que podría tener un educador social dentro de la Educación Sanitaria.

Esto es lo que nos propusimos en un primer momento: aportar "granito" de arena para una posible investigación sobre el tema, y sensibilizar a unos así como informar a otros*.

1. Consideraciones teóricas.

A pesar de que en la introducción hemos puesto de relieve la escasa bibliografía española que ha llegado a nuestras manos sobre el tema de Educación Sanitaria, creemos sin embargo, que hemos podido conseguir algunas informaciones "válidas" sobre lo que se ha dicho en

Durante el curso 86-87, y 87-88 pusimos en marcha un programa de Educación Sanitaria en algunas escuelas de Murcia, siendo los resultados muy satisfactorios en su evaluación por parte de los padres.

Educación Sanitaria, a nivel general y a nivel escolar.

Así, en primer lugar lo que vamos a aportar va a ser una serie de definiciones de Educación Sanitaria, de la forma mas escueta y simplificada posible:

1. Salud es un bienestar físico, mental y social total, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades (OMS, 1947).
2. "El procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamiento adecuadas individuales o comunitarias, valiéndose de la educación." (GROUT, 1948).
3. "Ayuda a los individuos para alcanzar la salud mediante su comportamiento y esfuerzos". (OMS, Comité de Expertos, 1955).
4. "Suma de experiencias que modifican favorablemente los hábitos, las actitudes y los conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria". (OMS, Comité de Expertos, 1958).
5. "Conjunto de intervenciones dirigidas a ayudar al individuo a conocer, aceptar y adquirir los comportamientos útiles para el mejoramiento de la Salud" (MODOLO, 1974).
6. "Proceso que informa, motiva y ayuda al pueblo a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos". (IV Grupo de Trabajo de la Conferencia Nacional sobre Medicina Preventiva. Resumen de Salleras, 1978).
7. "La meta final de la E. para la Salud es la mayoría de la Salud de la nación y su reducción de enfermedades que pueden prevenirse, incapacidad y muerte. La educación para la salud - es aquella dimensión del cuidado de la salud que interesa en influir en los factores de la conducta. (Simmonds, 1974).
8. "Cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar voluntariamente adaptaciones de conducta conducentes a la salud". (GREEN, KREUTER, DEEDS y PARTRIDGE, 1980).
9. La preparación sistemática del individuo a conocer su organismo desde el punto de vista físico y mental, y a conocer su ambiente de vida desde el punto de vista ecológico y social". (H. San Martín, 1982).
10. "Cualquier combinación de Educación para la salud y apoyos organizacionales, económicos y ambientales relacionados que faciliten comportamientos saludables". (MATARANZO, 1984).
11. Una manera de viure cada cop més autònoma, més solidaria i més joiosa (Congreso de Cultura Catalana)

Como podemos observar la mayor parte de las definiciones de Educación para la Salud asumen dos objetivos genéricos: enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y propiciar conductas o comportamientos facilitadores de salud.

En segundo lugar recopilamos, resumiendo, lo que han dicho diversos autores sobre el tema a nivel general, es decir, objeto-finalidades, métodos, objetivos.

Empecemos con un autor ya clásico, WILSON F. SIMILLIE, que en su libro *Medicina Preventiva y Sanidad Pública*, 1949. (6), habla de la Educación Sanitaria como una técnica especial, que requiere un personal sumamente especializado y experimentado. Su labor consiste en informar a la masa de la población de todo lo concerniente a los principios de la Medicina e Higiene Escolar.

Señala tres métodos en E.S.:

1. Educación Sanitaria como parte sistemática de la enseñanza en las escuelas y universidades. Esta es la función del Departamento de Educación. Las materias que se enseñan son:

- a. Higiene personal.-Protección y promoción de la salud individual y familiar.
- b. Elementos de la Epidemiología y Medicina Preventiva.
- c. Responsabilidad de la sociedad en el terreno de la protección sanitaria.

2. Información sanitaria a todas las personas. De esta actividad es responsable el Departamento de Sanidad oficial Público oficial ayudado por las distintas instituciones sanitarias voluntarias que tengan interés en este terreno. Este método utilizará más-media en general y todos los medios posibles que puedan conseguir captar la atención del público y propagar las convenientes instrucciones.

3. Enseñanza Sanitaria realizada por aquellos que presten directa asistencia médica a los enfermos, médicos, enfermeras...

Otro autor, H. San Martín, en su libro *"Salud Comunitaria, Teoría y práctica"*, 1984, (7); considera la Educación Sanitaria o como él dice "Educación para la Salud" como la preparación sistemática

ca y permanente del individuo y de la comunidad a conocer su organismo en primer lugar, y su estructura en segundo lugar (desde el punto de vista físico, mental y social), en sus funcionamientos e interrelaciones. De tal modo que la E.S. representa un conjunto de conceptos, conocimientos y prácticas que pueden transmitirse por educación a la población, a fin de facilitar la modificación voluntaria y consciente (a veces impuesta como un deber, una responsabilidad, etc...) de los comportamientos sociales e individuales para que sean favorables a la salud individual y colectiva. Hace hincapié en la participación de la comunidad en sus problemas de salud, pues sin ella no se puede hacer E.S. y entiende que la Educación para la Salud es uno de los medios útiles para ayudar al individuo y a la comunidad a proteger y a mejorar su salud, desarrollando, a través de la educación sistemática y permanente, un estado de conciencia, de conocimiento y de responsabilidad individual y colectiva frente a la salud, la enfermedad y la muerte.

Terminamos con la siguiente reflexión: para utilizar este medio preventivo con eficacia hay que analizarlo en cada contexto social, en relación al sistema social, al ambiente físico de vida, al sistema de producción y al subsistema de servicios de salud. Dependiendo de este análisis los objetivos, contenidos y límites de la educación para la salud.

L.Salleras (8) nos dice que los objetivos de la E.S. a nivel comunitario serían:

1. Fomentar la salud de la población haciendo que los individuos, grupos y colectividades asuman la salud como un valor fundamental e inculcando hábitos de comportamiento positivos

que mejoren su nivel de salud para que puedan alcanzar la completa realización de sus posibilidades físicas, mentales y sociales, o por lo menos elevados niveles de salud.

2. Proteger la salud.
3. Concienciar e instruir a los ciudadanos para que hagan uso adecuado de sus servicios de salud y puedan tomar las decisiones más convenientes a las acciones de promoción y restauración de la salud en su comunidad.

Y estos objetivos, como podemos observar se contemplan dentro de los objetivos generales de la E.S. que también los nombre Salleras en las páginas 60 y 63 (Ibid):

1. Hacer la salud un patrimonio de la colectividad.
2. Modificar las conductas negativas relacionadas con la promoción y restauración de la salud.
3. Promover cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados.
4. Promover conductas nuevas positivas favorables a la promoción y restauración de la salud.
5. Capacitar a los individuos para que puedan participar activamente en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad."

María Sañz (9), recoge la Declaración de ALMA-ATA, 1978, según la cual es necesaria una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo, así como de la Comunidad Mundial para proteger y promover la salud de todos los Pueblos del mundo.

Esta Declaración sitúa la E.S. dentro de la Atención Primaria de Salud, cuando en el apartado VII y en su punto 3

dice: "Comprende cuando menos las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondiente."

José Luis Vaquero Puerta (10) distingue entre información sanitaria, propaganda o divulgación sanitaria y educación sanitaria. Nos dice que la información sanitaria consiste en el dictado de conocimientos que debe saber la población, relativos a la salud de sus componentes. La propaganda sanitaria lleva la información al gran público, utilizando medios de comunicación masiva y la E.S. trata de ayudar a los individuos a alcanzar la salud, por sus propios medios y esfuerzos, estimulando en los humanos un interés por mejorar sus condiciones de vida despertando un sentido de responsabilidad en tal acrecentamiento de la salud, bien como individuo, bien como miembro de la colectividad, ya que a la vez persigue una finalidad personal, difundiendo normas para el más adecuado cuidado del propio sujeto, y colectiva, procurando su colaboración en el éxito de medidas higiénicas generales en las tareas sanitarias que se emprenden.

La E.S. es algo que pertenece al patrimonio cultural de los pueblos. Y además creemos que es bastante importante lo que señala en cuanto a que la E.S. no es una materia puramente sanitaria, sino interdisciplinar, que aprovecha tanto los saberes del sanitario, que le dan contenido, información, como las técnicas educativas corrientes, aunque acomodadas a un fin concreto y a las características socioculturales de la población beneficiaria a la que se dirige.

Según Miquel Costa (11) la información puede ser una condición necesi-

ria, pero no suficiente para que los individuos cesen de actuar de un modo peligroso para ellos y para su comunidad o se impliquen en acciones saludables. Los programas de Educación para la Salud centrados en transferir información han sido abandonados hace años. Hoy en día la mayor preocupación de los educadores para la salud es la de cómo lograr que la gente, los grupos y comunidades adopten realmente comportamientos facilitadores de salud. Nos habla también de la dificultad de esta tarea, ya que implica el dominio de una tecnología conductual eficiente para la adquisición y el cambio de conductas, la coordinación de los recursos teóricos y empíricos, de otras disciplinas y profesiones como economía, medicina, enfermería, sociología, trabajador social... y sobre todo implica también la adopción de cambios sociales y políticos.

Concluye diciendo que la Educación para la Salud debe contemplarse en una estrategia amplia de intervención.

En tercer lugar exponemos todo lo que han dicho algunos de los autores anteriores y otros sobre la justificación de la E.S. dentro del ámbito escolar, y la importancia del profesor en ella:

WILSON, G. SMILLIE "Medicina preventiva y sanidad pública", nos dice que es de suma importancia la educación de los niños en los principios de un vivir sano para favorecer con ello la salud pública de la nación. Aquellas personas cuyas ocupaciones están ligadas a la E.S. saben que es muy difícil cambiar los hábitos sanitarios de los adultos e influir en sus puntos de vista, pero los niños pueden ser instruidos de manera que incorporen sus conocimientos a las prácti-

cas de su vida cotidiana. Un nuevo concepto social, como es la responsabilidad de la sociedad humana en los que respecto al fomento de la salud pública, requiere un período de 25 a 50 años para ser adoptado por una nación. Es la nueva generación no agravada con prejuicios la que hará posible un verdadero avance en este sentido.

El papel del profesor en la E.S. lo enfoca de la siguiente forma la E.S. en la escuela es una función que debe ser realizada por el maestro. El funcionario de Sanidad y la enfermera de asistencia social pueden suministrar material para la enseñanza y prestar su consejo y su ayuda en el programa educativo, pero es el maestro la persona que tiene el deber de presentar el material de que dispone a sus alumnos. No sólo debe enseñar los principios de higiene pública, sino que guía además a sus alumnos para inculcarles en sus propias vidas los hábitos higiénicos que convienen. Estos, a su vez, trasladan esta influencia a sus hogares respectivos. Este plan puede llegar a ser eficaz únicamente en el caso que el maestro haya tenido una preparación conveniente y esté sinceramente interesado en el bienestar de sus alumnos.

ROBERT H.A. HSLAM y VALLETUTTI P.J. (12) nos aportan lo siguiente:

Por constituir la escuela uno de los núcleos de agrupación social primario, no puede extrañarnos que desde un primer momento haya sido escogida como escenario de intervención privilegiado para todo programa médico que pretenda incidir de forma crítica y masiva sobre la cadena Sanitaria Social. Dicha intervención médica en la escuela debe converger

en dos prioridades claras; la necesidad de un mayor refinamiento en el diagnóstico y de una mejor E.S. de los alumnos y sus padres. Sitúa al profesor en el centro de esas dos tendencias desempeñando un papel estratégico. La función del profesor en el diagnóstico viene determinada por su posición de "observador en la línea de fuego". Es el primer interesado en detectar y corregir todos aquellos estados físicos y psíquicos que afectan al aprendizaje a la conducta de sus alumnos. Pero, además de un profesor en posesión de los conocimientos médicos precisos desempeñará de forma óptima su papel motivador en lo relativo a la E.S. de escolares y padres. Finalmente, podrían poner en contacto a los más interesados con los servicios médicos de la comunidad, suscitando así en los padres y alumnos una mayor iniciativa y autosuficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

IVAN HUSSELL, C.G. y LAING, H.F. (13) nos dicen que aunque la salud de los niños es principalmente responsabilidad de los padres también los profesores tienen un importante papel que desempeñar en la ayuda para conservar y fomentar la buena salud en el niño, con quien están directamente en contacto. En la clase, el profesor tiene la misión de fomentar y hacer cumplir la adopción de prácticas higiénicas, así como persuadir a los niños a que piensen en términos de conducta sana fuera de la escuela. El maestro o profesor está en una situación única para fomentar actitudes sanas para la vida de los colegiales desde una edad temprana. Algunas escuelas han previsto al menos un período por semana para la E.S., pero la educación en material de sanidad se consigue principalmente utili-

zando métodos indirectos. Las materias usuales de los planes de estudio, así como la vida cotidiana en la escuela, proporcionan innumerables formas o medios en los que pueden introducirse materias importantes para la salud y el profesor debe aprovechar toda oportunidad.

Para poder realizar sus funciones con competencia, un profesor debe poseer un conocimiento básico de los principios que regulan la evitación de las enfermedades y el fomento de la buena salud.

Unas consideraciones de síntesis sobre el tema de la Educación Sanitaria nos lleva a formular estos juicios:

- a) La educación para la salud en el ámbito escolar ha de hacer que los alumnos vean la salud como un valor fundamental. Debemos considerar la E.S. en la escuela como parte integrante del proceso de educación en su conjunto; y que incumbe a todos, por lo que la colectividad deberá ser responsable también de esta educación, relacionándola con las principales tareas de la sociedad.
- b) La E.S. debe estar presente desde preescolar hasta las instituciones de formación del profesorado docente, pues la calidad de enseñanza de la educación para la salud en las escuelas dependerá fundamentalmente de la formación previa del maestro y de su perfeccionamiento con la práctica y el reciclaje.
- c) Es importante crear grupos de higiene escolar, para colaborar con la mejora educativa. Deberán ser multiprofesionales (maestros, médicos, psicólogos, pedagogos, higienistas). La educación para la salud no debe

- ser concedida sólo como un conjunto de contenidos educativos o de transmisión de conocimientos, pues la formación de actitudes es más importante.
- d) No se deberá olvidar que no sólo la escuela educa. El niño está sometido a otra serie de influencias: familia, pandilla, grupos, mas-media,...etc. De ahí que adquiera importancia la relación entre la escuela, la familia, el barrio y la comunidad, con el fin de reducir al máximo las posibilidades de discrepancia entre las prácticas sanitarias vividas en la escuela y fuera de ella.
- e) La educación para la salud debe basarse en los problemas de salud del ámbito más próximo (escuela, barrio, hogar) y organizarse en función de sus necesidades y de los recursos de personal, equipo y material de que se disponga.
- f) No deben ser olvidadas las creencias, costumbres y supersticiones locales, sobre todo si perjudican a la salud o son obstáculo para ella. La E.S. se adaptará a la realidad de cada zona y a sus problemas y realidades sociales.
- g) El maestro acomodará su enseñanza a las necesidades de los alumnos de su clase, teniendo en cuenta la educación, edad, necesidades y gusto de los niños.
- h) Es necesario insistir constantemente en numerosas prácticas, ya que a veces resulta difícil mantener un hábito o costumbre. Exponer los temas además, evitando la monotonía.
- i) Finalmente, debemos tener en cuenta que para descubrir los fallos y cualidades de un plan de educación para la

salud en la escuela, hemos de ensayarlo y revisarlo constantemente.

- j) La misma asistencia médica puede ser un agente causal de disminución de la salud, al gratificar las apetencias al propio desarrollo del aparato productor del Servicio de Salud.

Seguidamente vamos a hablar de cómo se ha de trabajar en Salud comunitaria. Aunque con lo expuesto hasta aquí pensamos que el lector ya se siente en condiciones de expresar directrices a seguir en un posible plan de trabajo para la comunidad.

Esto es importante, pues a partir de aquí podremos concluir con las funciones que un educador puede realizar en este ámbito. Nos referimos a funciones específicas; pues algunas de éstas son comunes a otros ámbitos, como pueden ser elaboración del material de apoyo, formación de formadores.

2. La praxis en salud comunitaria.

Vamos a acercarnos a la práctica educativa en una salud comunitaria retomando a Costa y López (14), toda intervención en salud comunitaria debe proponerse estos objetivos:

1. Dotar de una preparación anticipada a las personas y grupos comunitarios a fin de prevenir problemas y desarrollar su ajuste y adecuación ecológica. Y si esto no es posible.
2. Detectar muy tempranamente los problemas, las personas y situaciones de alto riesgo, e
3. Intervenir también muy tempranamente. Y cuando el problema de salud esté plenamente instaurado.
4. Intervenir para impedir su cronicación y desarrollar competencias

que propicien el autocuidado y el desarrollo de una vida social y comunitaria efectiva.

Las acciones han de estar sistematizadas y enmarcadas en programas de salud. Estos, en línea con las formulaciones de política de salud establecidas por la O.M.S. (1978), han de desarrollar acciones de salud comprensivas y dirigidas con prioridad a los grupos vulnerables y de alto riesgo.

Pero nuestro sistema Sanitario está impregnado del estilo clínico de distribución de servicios, por lo que es necesario introducir criterios nuevos que faciliten el cambio en la acción social. Adscribir la acción de salud a una zona geográfica determinada, conocer los problemas de Salud de esta zona, así como los factores ecológicos y sociales que más negativamente influyen en la Salud; determinar lo que podemos hacer con nuestros recursos para cambiar la situación y mejorar nuestra acción; y sobre todo, lograr que la comunidad se comprometa en la solución de sus problemas de salud son algunos de los criterios básicos para delimitar e implantar un Programa de Salud (ver tabla 9 del anexo I).

El proceso metodológico que se sigue para determinar el Plan de Salud, conjunto de programas de salud a desarrollar en un zona determinada, viene especificado en la tabla 10 del anexo I.

El tipo y número de programas de salud a desarrollar en un área determinada viene establecido por dos criterios:

1. Las necesidades de la comunidad.
2. Los recursos humanos y materiales de que se disponga.

Como los recursos son limitados es necesario establecer prioridades en fun-

ción del criterio anterior. Para cubrir las necesidades de la comunidad es necesario realizar primero el diagnóstico de su salud la cual ha de contemplarse en dos fases diferenciadas. Una primera de trabajo investigador con la comunidad y una segunda de divulgación y diseminación de los resultados.

Una vez descrita la Situación de Salud, se procede a identificar y analizar los problemas de salud. El análisis ha de ser funcional, ha de dar pistas sobre los elementos sobre los que conviene intervenir a fin de resolver dichos problemas.

Stumphauzer (1981) ofrece una guía que puede ser de utilidad en el proceso de análisis funcional de la comunidad y de los problemas que ésta presente (ver Tabla 1, anexo I).

En el análisis de los problemas, para que sea efectivo, ha de predecirse que consecuencias y qué evolución tendrían los indicadores utilizados en el caso de no intervenir.

El pronóstico de la evolución de los problemas de salud nos permite planificar con antelación los recursos y acciones de salud destinados para un enfrentamiento satisfactorio con dichos problemas.

Stumphauzer (1981) ofrece una guía que puede ser de utilidad en el proceso de análisis funcional de la comunidad y de los problemas que ésta presente (ver tabla 1, anexo I).

En el análisis de los problemas, para que sea efectivo, ha de predecirse qué consecuencias y qué evolución tendrían los indicadores utilizados en el caso de no intervenir.

El pronóstico de la evolución de los problemas de salud nos permite planificar con antelación los recursos y acciones de salud destinados para un enfrentamiento satisfactorio con dichos problemas.

La Formulación de Plan de Salud a seguir, implica identificar las prioridades así como formular y elaborar los objetivos, metas y acciones de los programas de Salud elegidos. Todo ello con la participación de la comunidad a través de los Consejos de Salud locales, de área y los grupos organizados de la comunidad.

2.1. Programas básicos de salud en Atención Primaria.

Los programas que suelen considerarse básicos en Atención Primaria de Salud son (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984):

1. Programa de Salud Materno-Infantil.
2. Programa de Salud Escolar.
3. Programa de Salud del Adulto y del Anciano.
4. Programa de Salud Ambiental.

Con la implantación de estos programas se asegura un control y seguimiento de la salud del individuo a lo largo de toda su vida. Otros programas pretenden optimizar la adecuación ecológica de la gente con los escenarios en los que pasan gran parte de sus vidas.

Si las necesidades de la comunidad y la suficiencia de recursos lo permitiera, podrían desarrollarse programas específicos dirigidos a enfatizar algunas de las acciones presentes en el resto de programas básicos en curso. Así por ejemplo, se podrían implantar un programa de optimización de los recursos y servicios de Salud.

La integración de los programas de salud de una zona determinada constituyen un Plan de Salud de dicha zona. Ver Tablas 11, 12, 13, 14 y 15, en el Anexo i.

2.2. Implantación de un Programa de Salud.

Para su implantación debemos tener en cuenta varias cosas. Primero que el proceso de ejecución ha de ser coherente con el objetivo último de toda acción de Salud: lograr que los individuos y la comunidad en su conjunto se responsabilicen del cuidado y promoción de su salud. Por ello conviene enfatizar los tres criterios básicos de la acción comunitaria:

1. Trabajar con la comunidad organizada.
2. Utilizar recursos de la comunidad (acción intersectorial y comunitaria) y de otros programas, y
3. Utilizar técnicas e instrumentos ecológicamente válidos.

Trabajar con la comunidad organizada se llama también trabajar con los frentes de entrada. Los requisitos básicos del trabajo comunitario en salud son:

- a. Garantizar la continuidad en las acciones de Salud.
- b. Considerar los patrones culturales de la comunidad en relación con sus prácticas de salud y con las innovaciones tecnológicas que se proponen en los diferentes programas de salud.
- c. Promover la responsabilización creciente de la comunidad en las acciones de salud.
- d. Facilitar la accesibilidad de la información de los efectos que los programas de salud tienen en la comunidad.

A través de estos núcleos organizados puede valorarse la utilidad de las

acciones de salud y fomentar iniciativas conjuntas hacia la comunidad en general. Puede valorarse también, todas una primera fase de trabajo conjunto, la pertinencia o no de iniciar campañas más o menos amplias acerca de algún tema de salud.

Asegurar la pertinencia y eficacia de las Campañas de Salud es tanto como garantizar que surjan tras un proceso de trabajo conjunto entre los dispositivos de servicios de salud y los frentes de entrada o núcleos organizados de la comunidad.

En cuanto a utilizar los recursos de la comunidad permite ampliar y abaratar la cobertura de los servicios, además de desarrollar el sentido comunitario y de competencia en el seno de las organizaciones de la comunidad, así como el desarrollo de la percepción de control de los propios ciudadanos sobre salud.

Y por último, utilizar técnicas e instrumentos ecológicamente válidos. La O.M.S. (1978) reconoce que un factor importante para el buen éxito de la atención primaria de salud es el empleo de una tecnología apropiada. Ello significa que además de tener una base científica sólida aceptable para quienes la usan y se benefician de ella, y por tanto, debe estar en consonancia con la cultura local. La misma O.M.S. (1978) recomienda que debe ser fácil de aplicar y comprender no sólo por el proveedor de servicios sino también por los usuarios y grupos de la comunidad.

2.3. Evaluación de un Programa de Salud.

La O.M.S. (1981) nos habla de la Evaluación como un medio de aprender empíricamente, y necesario para el fo-

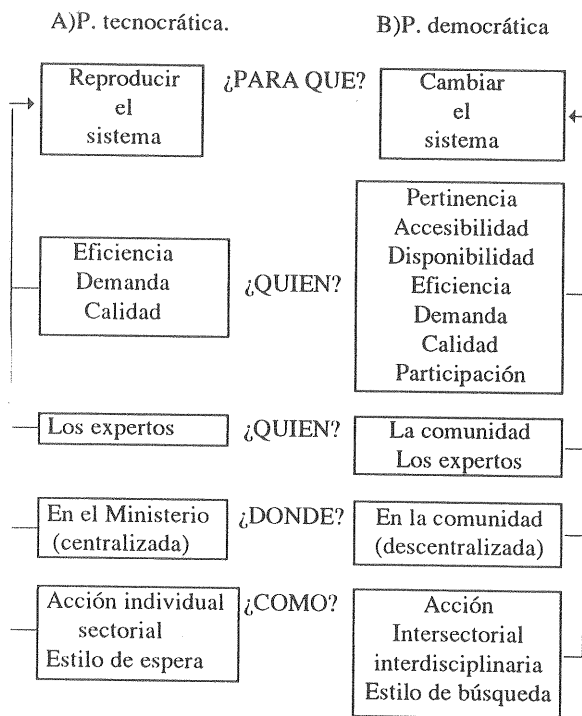
mento y desarrollo de cualquier política sanitaria.

Un sistema de evaluación adecuado debe permitir responder satisfactoriamente a serios interrogantes: ¿Son pertinentes todos y cada uno de los programas que se ofertan desde cada Centro de Salud o Unidad Básica de Salud?. ¿Son eficaces?. ¿Son accesibles a la población de alto riesgo?. ¿Qué coste tienen?. ¿Cuáles son las acciones más eficientes, es decir, cuáles obtienen mejores resultados con el menor coste posible?. De los diferentes perfiles profesionales existentes, ¿cuáles se ajustan mejor a los requerimientos del trabajo de un Centro de Atención Primaria de Salud?. ¿Qué demandas específicas conviene plantear a las instancias (escuelas, universidad...) de formación de los recursos humanos de Salud?.

Es decir, Evaluar ¿para qué?, ¿para reproducir el sistema actual en el que los recursos no se planifican en función de las necesidades de la comunidad, o para cambiar el sistema y acceder a otro que tenga como eje la salud, y la comunidad adquiera el protagonismo que le corresponde?. Una vez tomada una opción u otra, el responder al qué, quién, dónde y cómo se evalúa tiene sus implicaciones políticas, pues dependiendo de la respuesta se facilitará una y otra opción. Evaluar sólo la demanda y la eficiencia de los servicios a través de los expertos y de modo centralizado nos llevará a una planificación mecanizada, tecnocrática y contribuiría a reproducir el sistema. En cambio, evaluar además la pertinencia y la disponibilidad a través de los expertos y comunidad conjuntamente y de modo descentralizado (planificación democrática) nos llevará a replantearnos si los servicios que se

ofertan son necesarios o no, o si son accesibles, elementos fundamentales para el cambio del sistema.

“Proceso de evaluación según el tipo de planificación”



(Costa y López op. cit pág. 183)

Las fases que deben seguirse en la evaluación de un programa de Salud son, según la O.M.S. (1981), las que aparecen en la Tabla 16, ver Anexo I.

Costa, López, Aguera, González (1983) nos hablan de unos dispositivos eficientes e idóneos para neutralizar la saturación de los servicios por una excesiva demanda de servicios asistenciales; estos son las Unidades Asistenciales de Aprendizaje Estructurado, que son dispositivos organizados para atender necesi-

dades clínicas en el Marco de la Atención Primaria de Salud. Su marco teórico es la Teoría del Aprendizaje Social, y el Modelo de Competencia inspira su estilo de intervención. Su caracterización así como las áreas de intervención y contenidos curriculares de algunas de estas unidades vienen expresadas en las págs. 186-191 del libro citado.

Un programa básico diseñado para la Atención Primaria de Salud puede constar de los siguientes Módulos o Unidades de Aprendizaje Estructurado.

- I. Unidad de Escuela de Padres.
- II. Unidad de Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento al estrés.
- III. Unidad de Entrenamiento en Competencia Social.
- IV. Unidad de Entrenamiento en Solución de Problemas.

En las tablas 17 y 18 del Anexo I, puede verse un programa comprensivo de Competencia Social, definidos a partir de los trabajos de Goldstein (1981). Cada uno de los componentes del programa está dividido a su vez en pequeños pasos que definen la habilidad terminal a aprender. Como ejemplo véase el desarrollo de la habilidad 4, de la serie 1, en la Tabla 19 del Anexo I.

La habilidad 11, de la serie 2 “habilidad de expresar las quejas” comprendería los siguientes puntos:

1. definir qué es un problema y quién es el responsable.
2. definir el objetivo.
3. comunicar la situación-problema.
4. expresar los propios sentimientos.
5. pedir y sugerir alternativas.
6. empatizar y reforzar.
7. llevar un acuerdo.

3. Conclusión. la Salud es el Ambiente.

Hoy en día parece irrefutable pensar en el poderoso impacto de los comportamientos, de los estilos de vida y de las costumbres en la salud, la enfermedad y la muerte de la gente". Por lo que un sistema Sanitario que en las últimas décadas experimentó un vertiginoso avance en los modelos y tecnología apropiados para enfrentarse a problemas que secularmente venían azotando a la especie humana (enfermedades infecciosas, etc.), se ve de pronto expuesto al gigantesco desafío de los comportamientos sin que haya tenido tiempo de desarrollar e incorporar los modelos y tecnologías apropiados".

Un campo de aplicación del potencial sanitario es la Educación para la Salud. Pero para lograr la implantación definitiva es necesario...

1. Abrir y vincular la universidad a la comunidad. Necesitamos profesionales que utilicen con vigor y sean capaces de emplear métodos propios de la atención primaria de salud.
2. Profundizar en líneas de investigación e intervención centradas en los contextos organizadores y comunidades.
3. Profundizar en el diseño de programas de prevención en las escuelas y en los medios de comunicación de masas.

Pero todo esto sería inútil sin una revisión de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria, la reconversión de los recursos humanos y el perfeccionamiento en las técnicas y metodología de la Educación para la Salud.

Revisión "que se hace acuciante en cuanto que el hombre cambia con el medio cambiante: es el ambiente. La salud se ha definido como resultante de una adecuada integración al medio ambiente. la buena salud sería adaptación perfecta, siendo la enfermedad el ajuste imperfecto y continuo al mismo. De ahí que exista un concepto de salud social, como la cualidad dinámica que presenta la sociedad cuando sus estructuras y sistemas de valores permiten y fomentan la salud de los hombres y la solidaridad entre las comunidades humanas. La crítica ecológica de la situación sanitaria es alarmante. Situación que se relaciona con la degradación de los sistemas ecológicos, con la producción de objetos de consumo innecesarios para la vida y la falta, para muchos, de otros esenciales como los alimentos, la vivienda o la educación. Como dice el colectivo del "Futuro de la Salud" (Cuadernos y Debates; op. cit pág. 77): "Todo apunta a que la salud no es otra cosa que la consecuencia de cómo y el cuánto del desarrollo socioeconómico, por lo que no es esperable su mejoría si el modo de producción introduce sistemáticamente en esta cadena ecológica riesgos para la salud por ser productivos para el sistema económico".

4. Bibliografía.

- (1) Salud Pública comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción, fomento y protección, y a la restauración, asistencia y rehabilitación de la salud de la población; en COLECTIVO DE AUTORES: Proyecto de Constitución de un Departamento de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona, documento elaborado por la Comisión nom-

- brada al efecto por la Junta de la Facultad, Barcelona, agosto de 1.978.
- (2) 1.-Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2.-Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3.-Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.
(Artículo 43, Constitución Española de 1.978)
- (3) Artículo 5º: "1.-Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria, a través de las Corporaciones territoriales correspondientes, en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
2.-A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones Empresariales y Sindicales. La representación de cada una de estas organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto en el Título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical".
Artículo 6º.-"Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
1-A la promoción de la salud.
2-A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3-A garantizar que cuantas acciones se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4-A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5-A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente".
Artículo 15º.-"1.-Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios.
2.-El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará servicios de referencia, a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especiales de la Comunidad Autónoma donde residan".
- (4) Salud Comunitaria: "introduce el importante capítulo de la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud de sus integrantes."
SALLERAS, L.: Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicación. Díaz de Santos, Madrid, 1.985, p.46.
- (5) QUINTANA CABANAS, J.M.: "La profesionalización del Pedagogo Social", en Rev. de Pedagogía Social, nº1, 1.986, p.39.
- (6) WILSON G. SMILLIE.: Medicina preventiva y sanidad pública, Espasa Calpe, Madrid, 1.949 (Traducción del inglés realizada por F.Clement Casado), pp.571 y 589-590.
- (7) HERMAN S.MARTIN.: Salud Comunitaria, teoría y práctica, Díaz S.A, Madrid, 1.984, pp.140, 142, 143 y 154.
- (8) SALLERAS, L.: Educación Sanitaria....., op.cit., pp.60-63 y 196.
- (9) SAINZ, M.: Educación para la salud en el medio escolar, Escuela Española, Madrid, 1.985, pp.225-230.
- (10) VAQUERO PUERTA, J.L.: Salud Pública, Pirámide, Madrid, 1.985, pp.95-102.
- (11) COSTA, M., et LOPEZ, E.: Salud Comunitaria, Martínez Roca, Barcelona, 1.986, pp. 139-162.
- (12) ROBERT H.A HASLAM, et VALLETUTTI, P.J.: Problemas médicos en el aula. El papel del profesor en su diagnóstico y tratamiento, Santillana, Madrid, 1.980.
- (13) IVAN HUSSELL, C.G., et LAING, H.F.: Bases biológicas y psicológicas de la educación, Alhambra, Madrid, 1.982, pp.130-135.
- (14) COSTA, M., et LOPEZ, E.: Salud....., op.cit., pp.167-198.

ANEXO I

Tablas contextuales de objetivos y actuación en salud comunitaria

(COSTA M. y LOPEZ E., op.cit. 1.986)

Tabla 1. Modelo de Análisis Comunitario
(Stumphauzer et al., 1981)

- | |
|--|
| <p><i>1. Análisis inicial de la comunidad</i></p> <p>1.1. ¿Cuáles son los atributos positivos, físicos, sociales, económicos, que hacen competente a la comunidad?</p> <p>1.2. ¿Cuáles son los mayores problemas por exceso?</p> <p>1.3. ¿Cuáles son las insuficiencias?</p> <p><i>2. Clarificación de la situación en la comunidad.</i></p> <p>2.1. ¿Quién se opone a los comportamientos-problema y quién los apoya?</p> <p>2.2. ¿Quién se opone a los comportamientos competentes y quién los apoya?</p> <p>2.3. ¿Bajo que condiciones exactamente ocurren esos comportamientos?</p> <p><i>3. Análisis motivacional</i></p> <p>3.1. ¿Cómo utiliza esta comunidad los incentivos (refuerzos y castigos)?</p> <p>3.2. ¿Quién tiene el control de los incentivos?</p> <p>3.3. ¿Qué incentivos para el cambio del comportamiento están potencialmente disponibles?</p> <p><i>4. Análisis del desarrollo</i></p> <p>4.1. ¿Cómo se desarrolla esta comunidad económica, ética y políticamente?</p> <p>4.2. ¿Cuáles son los recursos físicos y las limitaciones de esta comunidad?</p> <p><i>5. Análisis del autocontrol</i></p> <p>5.1. ¿Cómo controla la comunidad sus propios problemas?</p> <p>5.2. ¿Qué circunstancias aumentan o disminuyen el autocontrol de la comunidad?</p> <p><i>6. Análisis de las relaciones sociales</i></p> <p>6.1. ¿Quién es la gente más influyente y significativa en esta comunidad?</p> <p>6.2. ¿Cómo ejerce esa gente la influencia sobre los miembros de la comunidad?</p> <p><i>7. Análisis del ambiente físico y sociocultural</i></p> <p>7.1. ¿Cuáles son las normas de conducta en esta comunidad?</p> <p>7.2. ¿Qué apoyo comunitario y qué resistencia existe para el cambio en los programas del comportamiento?</p> <p>7.3. ¿Qué intervenciones comunitarias se siguen de ese análisis?</p> |
|--|

op.cit.73

Tabla 5. Categorías de competencias de un técnico en Salud Comunitaria.

- | |
|---|
| <p>1. DOMINIO CONCEPTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Marco conceptual integrador, comprensivo e histórico. -Bases biológicas, sociológicas, económicas y comportamentales de la salud y de la enfermedad. -Bases antropológicas. <p>2. DOMINIO METODOLOGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Metodología de investigación. <p>3. DOMINIO TECNOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de enseñanza y de cambio organizacional. -Técnicas de cambio de conducta. -Recursos epidemiológicos y estadísticos. <p>4. DOMINIO INTERPERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidades de comunicación. -Habilidades de solución de problemas. -Actitudes democráticas. |
|---|

op.cit. 137

Tabla 9.

- | |
|---|
| <p>Caracterización del estilo de distribución de servicios en salud comunitaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Está centrado en la prevención y optimización de los recursos. 2. El fomento es comunitario, organizacional, sin por ello excluir las intervenciones clínico-individuales y de pequeño grupo. 3. Su acción se desarrolla en la comunidad y con los grupos organizados de la misma. El proveedor de servicios sale y busca (estilo de búsqueda) a los grupos comunitarios. 4. Investiga las necesidades, la población de riesgo... Asesora, discute y entrena en la solución de problemas de salud. Evalúa el efecto, la eficacia, eficiencia y pertinencia de los programas y acciones de salud. 5. Utiliza los recursos comunitarios para desarrollar sus acciones. De este modo la cobertura de servicios puede extenderse a toda la población. 6. Su acción se desarrolla, en lo fundamental, a través de Programas de Salud. |
|---|

op. cit. 167

Tabla 10. Proceso de delimitación de un Plan de Salud

<p>1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD</p> <p><i>A. Descripción de la situación de salud.</i></p> <p>A.1. Nivel de salud: indicadores de morbilidad, mortalidad..., concepción de salud...</p> <p>A.2. Hábitos y costumbres.</p> <p>A.3. Características demográficas.</p> <p>A.4. Redes y sistemas de Apoyo Social: número y tipo de grupos de autoayuda, lugares de esparcimiento, grupos organizados de la comunidad...</p> <p>A.5. Sistemas de Participación de la Comunidad (Consejos de Salud...).</p> <p>A.6. Recursos socioeconómicos generales: empleo/desempleo, vivienda, infraestructura y equipamiento...</p> <p>A.7. Recursos sociales y de salud: disponibilidad, organización y competencia, accesibilidad, coordinación...</p> <p>A.8. Evaluación ambiental: suelo, aire, agua, flora, fauna.</p> <p><i>B. Identificación y Análisis de los Problemas de Salud.</i></p> <p><i>C. Pronóstico de la Situación de Salud.</i></p> <p>2. FORMULACION DEL PLAN</p> <p><i>A. Identificación de Problemas de Salud Prioritarios.</i></p> <p><i>B. Formulación de Objetivos, metas, acciones.</i></p> <p><i>C. Elaboración de los Programas.</i></p> <p>3. EJECUCION DEL PLAN</p> <p>4. EVALUACION</p>
--

op. cit. 168

Tabla 11. Acciones de la Tecnología conductual comunitaria en los prog. de salud.

<p>1. Desarrollar Programas de Entrenamiento y reciclaje para el Personal de Salud, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidades de Comunicación. -Principios y técnicas de Aprendizaje. -Diseños de Investigación. -Educación para la Salud. -Metodología de Solución de Problemas. -Tecnología de Planificación de Programas de Salud. <p>2. Elaborar indicadores de rendimiento, eficacia y efecto de las acciones de salud.</p> <p>3. Evaluar Programas y Servicios de Salud.</p> <p>4. Facilitar la accesibilidad de las acciones de salud a la población de riesgo.</p> <p>5. Propiciar el contexto estimular adecuado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El trabajo en equipo. -La participación de la comunidad. -Facilitar en el personal de salud comportamientos efectivos en la provisión de servicios. -La capacitación de usuarios. -Resolver conflictos. <p>6. Desarrollar Programas de Aprendizaje Estructurado para atender las demandas asistenciales de cada Programa de Salud (Unidades de Educación para la Salud).</p>

op. cit. pag. 172.

Tabla 12. Acciones específicas de la Tecnología Conductual Comunitaria en un Prog. de Atención al Medio.

1. Desarrollo y Planificación de incentivos para:
 - Persuadir a los responsables de contextos (empresarios, comerciantes...) en adoptar medidas de higiene, de prevención de accidentes y de contaminación, etcétera.
 - Persuadir a las organizaciones de propietarios de viviendas y de vecinos para que adopten comportamientos higiénico-sanitarios, y cívicos en general.
 - Mantener limpias las calles, utilizar las papeleras, etcétera.
2. Planificar y desarrollar contextos estimulantes que propicien los objetivos anteriores.
3. Desarrollar Programas de Educación para la Salud dirigidos al gran público para:
 - Prevenir intoxicaciones domésticas, accidentes domésticos, escolares, de tráfico, etcétera.
 - Entrenar al consumidor en el uso de los productos que adquiere.
 - Desarrollar redes sociales comunitarios.
 - Desarrollar objetivos propios de la Educación para la Salud (uso del cinturón de seguridad, control de tabaco...).
4. Identificación y cambio de contextos de alto riesgo.
5. Diseño y planificación de contextos facilitadores de redes sociales: diseño urbanístico de las ciudades, viviendas, parque...
6. Diseño de contextos para reducir la contaminación tabáquica.

op. cit. 173

Tabla 13. Acciones específicas de la Tecnología conductual Comunitaria en un Programa de Salud Materno-Infantil.

1. Acciones dirigidas a prevenir embarazos no deseados y promover el ajuste y comunicación sexual en la pareja:
 - Información sexual y sobre métodos anticonceptivos.
 - Entrenamiento en habilidades de comunicación.
 - Entrenamiento en toma de decisiones.
2. Acciones dirigidas a prevenir patología perinatal, la depresión postparto y promover el ajuste de la embarazada a nuevas situaciones.
 - Entrenamiento en el manejo de situaciones de estrés tales como:
 - a) Exploraciones pélvicas.
 - b) Análisis de sangre.
 - c) Anticipaciones negativas de la experiencia del parto y sus consecuencias (episiotomía, temor a tener un hijo subnormal...).
 - d) Complejo estimular relacionado con el parto (visita a la clínica, contracciones, quirófano...).
 - e) Cambios de vida contingentes con el postparto (cese de actividad laboral, restricción de salidas sociales, cambios en el comportamiento sexual, ajuste con la pareja, etcétera).
 - Planificación de antecedentes estimulares y manejo de contingencias para implantar hábitos saludables en la embarazada y su pareja:
 - a) Hábitos de comunicación interpersonal y sexual adecuados.
 - b) Hábitos dietéticos.
 - c) Hábitos de ejercicio.
 - d) Uso de drogas (no fumar, no beber alcohol, etcétera).
3. Entrenamiento en Pautas de crianza: Alimentación y nutrición, sueño, cómo detectar precozmente anomalías en el desarrollo del recién nacido, estimulación precoz, etc.
4. Entrenamiento de la pareja en habilidades de comunicación Solución de Problemas a fin de promover su ajuste posterior.
5. Desarrollar pautas de gestación adecuadas.
6. Desarrollar pautas de autocuidado y chequeos de salud adecuados.

op. cit. 172

Tabla 14. Acciones específicas de la Tecnología Conductual Comunitaria en un Programa de Salud Escolar

1. Promover que la Comunidad Escolar (institución escolar, organización de alumnos, Asociación de Padres de Alumnos, Claustro de Profesores) asuma en su curriculum los contenidos y desarrollos básicos de Educación para la Salud:
 - Nutrición, Higiene de los alimentos.
 - Conocimiento del propio cuerpo.
 - Desarrollo de hábitos dietéticos, de ejercicio físico, de higiene buco-dental, aseo personal, etcétera.
 - Accidentes.
 - Educación vial.
 - Uso de drogas.
 - Hábitos de comunicación y de relación interpersonal.
 - Comportamiento sexual, etcétera.
2. Promover en la comunidad escolar actitudes positivas hacia la salud.
3. Promover una concepción ecológica y participativa de la salud.
4. Promover la información y el entrenamiento de padres y profesores en:
 - Psicología Evolutiva.
 - Psicología del Aprendizaje.
 - Técnicas de Modificación de Conducta.
5. Promover competencias de comunicación y solución de problemas en la comunidad escolar a fin de facilitar la solución de conflictos de modo satisfactorio.
6. Promover el desarrollo de Programas de Salud específicos para la adolescencia (comunicación, comportamiento sexual, uso de métodos anticonceptivos, etcétera).

Tabla 15. Acciones específicas de la Tecnología Conductual Comunitaria en un Programa de Atención al Adulto y al anciano.

1. Acciones dirigidas a contextos y organizaciones comunitarias y laborales para:
 - Establecer ambientes protésicos.
 - Desarrollar dietas alimenticias adecuadas.
 - Incentivar hábitos saludables.
 - Facilitar sistemas de apoyo social.
 - Proveer de recursos para la promoción de la salud.
2. Educación para la Salud dirigida a:
 - Fomentar el ejercicio físico.
 - Control adecuado de la diabetes, hipertensión, estreñimiento y otras dolencias crónicas.
 - Eliminar hábitos y costumbres no saludables:
 - tabaco;
 - alcohol;
 - automedicación;
 - dietas hipergrasas;
 - etcétera;
 - Mantener exámenes y controles periódicos de salud.
3. Desarrollar habilidades de manejo y enfrentamiento a los procesos de enfermedad.
4. Desarrollar habilidades sociales para establecer sistemas de apoyo social.
5. Desarrollar habilidades de enfrentamiento al estrés.

op. cit. 176

Tabla 16. Evaluación de Programas de Salud (OMS, 1981)

<p>A. Especificación del tema de evaluación. A.1. ¿Qué debe evaluarse? A.2. ¿A qué nivel debe evaluarse? A.3. ¿Por qué decisiones puede optarse a la vista de los resultados? A.4. ¿A quién debe comunicarse los resultados de la evaluación?</p>	<p>D.9. ¿Se han escogido indicadores y criterios para la evaluación ulterior del programa? SI LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN MUESTRAN QUE EL PROGRAMA NO ESTÁ BIEN FORMULADO O NO ES SUFICIENTE, RECOMIÉNDESE PROCEDER A UNA NUEVA FORMULACIÓN.</p>
<p>B. Obtención del apoyo informativo B.1. ¿Qué información se necesita? B.2. ¿Cuáles son las fuentes disponibles de información? B.3. ¿Son suficientes las fuentes disponibles?</p>	<p>E. Evaluación de los progresos E.1. ¿Las actividades desplegadas en el programa y los recursos utilizados han satisfecho el plan trazado? E.2. ¿Se han concluido conforme el calendario fijado de las actividades planificadas? E.3. ¿Existe algún desfase entre los fondos utilizados y los presupuestos? E.4. ¿Se han atendido o visto un número de personas diferentes al previsto? E.5. ¿Se ha conectado con el sector de población "desprotegido" y previsto en el programa?</p>
<p>C. Verificación de la pertinencia C.1. ¿Está justificado el programa en términos sociales? C.2. ¿Responde a necesidades de la comunidad? C.3. ¿Se basa en métodos que se pueden aplicar y costear? C.4. ¿Podría alguna otra institución facilitar un servicio análogo? C.5. ¿Qué consecuencias tendría la ausencia del programa? C.6. ¿Hay razones convincentes para poner término al programa?</p>	<p>F. Evaluación de la eficiencia. F.1. ¿Se despliegan las actividades en el escalón acordado? F.2. ¿Han sido efectivos los métodos empleados? F.3. ¿Se ha utilizado la mejor combinación de personal disponible? F.4. ¿Con qué grado de economía se han obtenido los resultados? F.5. ¿Ha sido idóneo y apropiado el material utilizado? F.6. ¿Qué resultados se han obtenido de la colaboración de otras instituciones y de la comunidad? F.7. ¿Ha sido la gestión adecuada? F.8. ¿Es eficiente en relación al coste? F.9. ¿La asistencia y atención dispensada ha sido de calidad?</p>
<p>SI LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN REVELAN QUE EL PROGRAMA NO ES PERTINENTE, RECOMIÉNDESE SU MODIFICACIÓN O, DE SER PRECISO, SU NO INICIACIÓN O TERMINACIÓN</p>	<p>G. Evaluación de la eficacia G.1. ¿Se han logrado los objetivos propuestos? G.2. ¿En qué medida?</p>
<p>D. Evaluación de la suficiencia D.1. ¿Se han definido con claridad los problemas? D.2. ¿Se han formulado debidamente los programas? D.3. ¿Se han fijado objetivos y metas a largo, medio y corto plazo? D.4. ¿Están definidas las metas en términos mesurables? D.5. ¿Están definidas claramente las responsabilidades orgánicas y administrativas? D.6. ¿Qué medios se han adoptado para alcanzar los objetivos? D.7. ¿Se ha establecido un plan de acción detallado y un calendario para el logro de dichos objetivos? D.8. ¿Se han estudiado otros medios y métodos y se ha juzgado posible alcanzar los mismos objetivos por medios más económicos?</p>	<p>H. Evaluación de los efectos H.1. ¿Qué efectos ha tenido el programa en la situación sanitaria, calidad de vida de la población atendida, en la comunidad, etcétera? H.2. ¿Ha existido demanda excesiva y no prevista de servicios?</p>

Programa de competencias sociales**Tabla 17. Habilidades o competencias básicas**
(Goldstein, 1981).

<p><i>Serie I. Conversaciones: Comienzo de las habilidades</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comenzar una conversación. 2. Llevar una conversación. 3. Cerrar una conversación. 4. Escuchar. <p><i>Serie II. Conversaciones. Expresiones propias</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Expresión de cumplidos. 6. Expresión de aprecio. 7. Expresión de ánimo. 8. Pedir ayuda. 9. Dar instrucciones. 10. Expresión de afectos. 11. Expresión de quejas. 12. Persuadir a otros. 13. Expresar cólera. <p><i>Serie III. Conversaciones: Responder a otros</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Responder a elogios. 15. Responder a los sentimientos de los otros. 16. Disculpas. 17. Seguir instrucciones. 18. Responder a la persuasión. 19. Responder al fracaso. 20. Responder a mensajes contradictorios. 21. Responder a quejas. 22. Responder a la cólera de otros. <p><i>Serie IV. Habilidades de planificación</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Establecer un objetivo. 24. Recoger información. 25. Concentrarse sobre una tarea. 26. Evaluar tus habilidades. 27. Prepararse para una conversación estresante. 28. Establecer prioridades en los problemas. 29. Tomar decisiones. <p><i>Serie V. Alternativas a la agresión</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 30. Identificar y categorizar tus emociones. 31. Determinar la responsabilidad. 32. Hacer peticiones. 33. Relajación. 34. Autocontrol. 35. Negociación. 36. Ayudar a otros. 37. Autoafirmación.

Tabla 18. Habilidades de aplicación.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Encontrar un lugar para vivir. 2. Manejo de dinero. 3. Relaciones con la vecindad. 4. Buscar un trabajo. 5. Mantener un trabajo. 7. Recibir y hacer llamadas telefónicas. 8. Comer en un restaurante. 9. Organización del tiempo. 10. Uso del tiempo libre. 11. Reuniones y cenas sociales. 12. Cómo hacer amigos. 13. Establecer relaciones heterosociales e intimar con las mismas. 14. Cómo establecer un método anticonceptivo en tus relaciones sexuales (con personas que acabas de conocer). 15. Cómo establecer un método anticonceptivo en tus relaciones sexuales (con una persona que conoces y mantienes una relación estable). 16. Uso de recursos comunitarios. 17. Cómo organizarte y participar en las organizaciones sociales de la comunidad. 18. Cómo tratar con crisis (pérdidas) 19. Cómo tratar con crisis familiares. 20. Interacción marital y familiar.

Tabla 19. Habilidad de escuchar.

<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Qué hacer cuando se escucha</i> <ol style="list-style-type: none"> a) Asumir una postura activa. b) Mantener contacto visual. c) Adoptar expresión facial de "atención". d) Adoptar incentivos no verbales para el que habla: mover la cabeza, sonreír, etc. 2. <i>Qué decir cuando se escucha</i> <ol style="list-style-type: none"> a) Adoptar incentivos verbales para el que habla: "ya veo", "uh-huh", "Mm-hm", etc. b) Usar un tono de voz adecuado. c) No juzgar. d) Parafrasear, hacer resúmenes. 3. <i>Qué observar cuando se escucha</i> <ol style="list-style-type: none"> a) Identificar el contenido de las expresiones verbales del que habla. b) Identificar los sentimientos del que habla. c) Identificar los sentimientos de la conducta verbal y no verbal del que habla. d) Identificar el momento con el que el interlocutor desea que hablemos y terminemos con el rol de escuchar.
--

op.cit.193