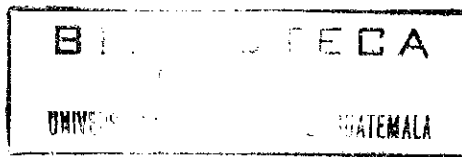


UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Educación



**PROPUESTA DE UN
MODELO DE EDUCACION PARA
LA SALUD**

RUTILIA HERRERA ACAJABON

**Guatemala
1995**

PROPUESTA
DE UN MODELO DE EDUCACION
PARA LA SALUD

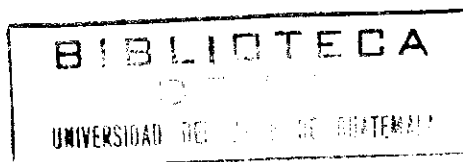
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Educación

PROPUESTA DE UN
MODELO DE EDUCACION PARA
LA SALUD

RUTILIA HERRERA ACAJABON

Modelo de trabajo profesional
Presentado para optar al grado académico de
Licenciada en Educación para la salud



Guatemala
1995

Vo. B.:

(F) Jaqueline Márquez
~~Licenciada Jacqueline García de León~~
~~Asesor.~~

Tribunal:

(F) Jaqueline Márquez

(F) Stonia J. Aguirre

(F) [Signature]

Fecha de aprobación: 14 de junio de 1995

DEDICATORIA

Aprovecho esta oportunidad para dedicar este documento y agradecer a mi Señor y Dios por su presencia en mi vida, porque sin su ayuda nada fuera posible y porque para siempre es su misericordia.

A mi madre, doña Bertita de Herrera, por su constante apoyo, su amor incondicional y presencia en todos los momentos de mi vida.

A mi señor padre, don Salomón Herrera, quien a través de su constante enseñanza y ejemplo, durante su paso por esta tierra, tuvo la sabiduría de mostrarme el mejor camino a seguir y aún hoy se ha convertido en un estímulo silencioso pero certero desde la presencia del Señor.

Me toca ahora mencionar a cuatro personas de incalculable valor y ellos son mis hermanos Salo, Naman, Cheque y César; con ellos, Dios me ha permitido compartir los acontecimientos más importantes de mi vida, y siendo este uno de ellos, aprovecho para hacerles patente mi eterno agradecimiento por todo esto y más.

A mis maestros y catedráticos de quienes recibí la orientación necesaria para alcanzar esta meta, especialmente a la Licenciada Jaqueline García de De León, de quien, además de recibir la enseñanza pertinente, obtuve el mejor aprendizaje de su ejemplo.

A la decana de la Facultad de Educación de nuestra Universidad, Licenciada Gloria J. Aguilar P. por su labor y constante preocupación por mi desempeño académico.

A mis siempre maestras Dory de Díaz y Almeda de Urbina, con quienes Dios me da la oportunidad de mantener una preciosa amistad.

A mis hermanos en la fe, miembros de la Iglesia Evangélica "UNIDOS POR CRISTO", quienes han intercedido por mí, ante nuestro Señor, por medio de sus oraciones.

A mis compañeras de trabajo, docentes de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.

A mi país, con la esperanza de que esta propuesta contribuya en alguna medida a disminuir los problemas de salud.

A mis amigos, y a usted quien tiene la gentileza de leer este documento.

RESUMEN

El presente trabajo está elaborado bajo la convicción que la prevención de las enfermedades, a través del trabajo en equipo guiado por un profesional en educación para la salud y la participación activa de la comunidad involucrada, es una de las mejores estrategias para obtener y mantener la salud.

El modelo que aquí se bosqueja está dirigido a la población guatemalteca y tiene por objeto contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

En esta propuesta se describen cinco fases que conllevan a que la propia comunidad distinga y priorice sus necesidades y las acciones correspondientes para solucionarlas, con la participación de todos los habitantes y la utilización de sus propios recursos disponibles.

Es necesario recalcar que esta propuesta de modelo tiene un inicio, no así un final, pues se considera que el proceso educativo sea permanente, con un seguimiento que provoque, no sólo la solución de los problemas, sino también la prevención de ellos.

TABLA DE CONTENIDO

Paginas

DEDICATORIA	V
RESUMEN	VII
I. INTRODUCCION	1
II. JUSTIFICACION	5
III. MARCO TEORICO	6
A. Educación	6
1. Definición	6
2. Teorías de la Educación	8
3. Modelos	11
4. Educación y desarrollo	14
B. Salud	15
1. Definición	15
2. Teorías	17
3. Modelos	19
C. Salud y Desarrollo	31
D. Salud y Ambiente	33
E. Estilos de vida	34
F. Educación para la Salud	35
1. Definición	35
2. Evolución de la educación para la salud	38
3. Educadores para la salud	40
4. Modelos de educación para la salud.	42
G. Autocuidado	51
IV. MARCO CONTEXTUAL	53
V. MARCO METODOLOGICO	62
A. Revisión bibliográfica	62

B.	Elaboración de la propuesta	62
C.	Consideraciones finales	63
VI.	PROPUESTA DE MODELO DE EDUCACION PARA LA SALUD	64
A.	Objetivos	64
B.	Contenidos básicos de la propuesta	64
1.	Concepto dinámico de la salud	64
2.	Educación para la salud	65
C.	Proceso de la Propuesta	69
1.	Fase preparatoria	70
2.	Fase diagnóstica	72
3.	Fase de planificación	75
4.	Fase de ejecución	77
5.	Fase de evaluación	81
VII.	CONSIDERACIONES FINALES	85
VIII.	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	87
	APENDICES	95

I. INTRODUCCION.

En Guatemala, la educación para la salud es un enfoque relativamente nuevo que se está introduciendo como una posible solución a la problemática nacional de salud.

La educación para la salud surgió pasada la Segunda Guerra Mundial y no fue sino hasta la década de los sesenta, que se consideró en un texto de educación para la salud la importancia de la condición física y, se expuso la importancia de la adquisición de formas orientadas al logro del bienestar. En esa misma década fueron establecidas las funciones de los educadores para la salud.

La educación para la salud, en la actualidad, busca preparar a los individuos, grupos y comunidades, dotándolos de medios y recursos para tomar decisiones firmes que influyan para que el resultado de tales decisiones alcancen el bienestar integral. Esto significa que la educación para la salud tiene como objetivo el desarrollo de los individuos y, por ende, de la comunidad a la que pertenecen. Para alcanzar este desarrollo es necesario tomar en cuenta el ambiente, los estilos de vida y las creencias de los individuos, así como sus necesidades e intereses.

Es por ello que al educador para la salud se le llama "agente de cambio social".

Guatemala es un país en vías de desarrollo que cuenta con 8.3 millones de habitantes, según el Instituto Nacional de Estadística, en el censo 1994. La población presenta altos índices de analfabetismo, deserción y repitencia escolar, su población es joven y con gran diversidad cultural. El déficit habitacional es alarmante, tanto en cantidad como en calidad, prevaleciendo este problema en áreas urbanas. El saneamiento ambiental es deplorable, además del hacinamiento hay carencia de agua potable, letrinas, drenajes y basureros adecuados, principalmente en las áreas urbano marginales.

La economía del país está sustentada en la agricultura, el comercio y la industria de transformación, pero los niveles de pobreza y extrema pobreza han aumentado, debido entre otros factores a los altos niveles de inflación.

La expectativa de vida para los habitantes es de sesentidós años, sin embargo existen altas tasas de morbilidad y mortalidad, las que afectan principalmente a la población materno infantil; siendo las principales causas de ello las enfermedades infecto contagiosas, enfermedades tropicales y mala atención del parto.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es

el responsable de la salud de toda la población y la controla a través de sus diferentes dependencias en el país. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y la iniciativa privada también tiene un papel muy importante en la atención de salud de la población.

Las prácticas de salud en Guatemala han sido curativas, sin embargo se han hecho esfuerzos porque el enfoque sea de fomento y prevención.

Basado en lo anterior, se presenta en este documento una propuesta de "Modelo de Educación Para la Salud", elaborada bajo las bases conceptuales que se dan a conocer al inicio. En el marco teórico se exponen conceptos, así como teorías y modelos.

El marco contextual describe la situación actual de Guatemala en sus aspectos educativos, económicos, sociales y de salubridad en Guatemala.

A continuación se escribe la propuesta que consiste en un modelo de educación para la salud que consta de cinco fases: preparatoria, diagnóstica, planificación, ejecución y de evaluación. En cada una de ellas se especifican las actividades que se desarrollarán, la metodología que se utilizará para realizarlas, el tiempo necesario para su ejecución y la evaluación correspondiente. El modelo de

evaluación que se propone utilizar es el de Stufflebeam que está centrado en la toma de decisiones, ya que es importante que todos los que participen en este modelo sean capaces de tomar sus propias determinaciones.

El desarrollo de este modelo propone la participación de un profesional de educación para la salud, quien tendrá la responsabilidad de dirigir todo el proceso además de preparar a los facilitadores en educación para la salud que podrán ser médicos salubristas, enfermeras, técnicos en salud rural, promotores de salud, auxiliares de enfermería, comadronas maestros y líderes comunitarios. Todos los antes mencionados guiarán el proceso, sin desestimar la valiosa participación de la comunidad, quien será la que al final determine el desarrollo de este proceso.

Al final del trabajo se dan a conocer las consideraciones y la bibliografía consultada. Una de las limitantes al elaborar este trabajo fue la escasez de bibliografía referente a educación para la salud, así como la falta de profesionales de educación para la salud en Guatemala.

III. MARCO TEORICO

A. Educación.

La educación es un hecho inherente a la persona humana y es el mismo hombre quien decide lo que quiere aprender, según sean sus necesidades, intereses y circunstancias.

1. Definición. Muchos clásicos han elaborado definiciones de educación, algunos lo han definido según el orden cronológico y sociológico, también es pertinente mencionar que se han hecho definiciones a fin de que se entienda la educación como un concepto, un hecho o un fenómeno, según expone Feroso Estebanez (1985; 38).

La educación es definida por Hernández Ruiz (1960:30) de la siguiente forma:

"es el arte de iniciar en el niño, mediante la excitación de sus intereses un desarrollo de las fuerzas intelectuales y morales que responda a las leyes en virtud de las cuales se realiza todo progreso biológico y psicológico. Diferenciación y correspondiente concentración de sus sanas facultades y energías volátiles".

Aquí, el autor hace énfasis en que la educación es formar al niño y no toma en cuenta que el individuo aún en la adultez sigue educándose.

J. Dewey (1971:12), dice que:

"la educación es la reconstrucción de la experiencia que se añade al significado y aumenta la habilidad para dirigir el curso de la experiencia subsiguiente".

II. JUSTIFICACION

En Guatemala, la problemática de salud y educación es de gran complejidad, muestra de ello son las altas tasas de analfabetismo, deserción y repitencia escolar, morbilidad y mortalidad en los habitantes. Estos indicadores descenderían si se implementaran acciones pertinentes.

El enfoque de salud preventiva persigue evitar el apareamiento de enfermedades a través de diferentes estrategias y la mejor forma encontrada, desde hace ya mucho tiempo, es la educación.

Entre las acciones que se han considerado con mejores perspectivas y mayor impacto para resolver la problemática de salud está la educación para la salud. Es por ello que se ha elaborado este modelo, que se espera contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad de los guatemaltecos. El modelo hace énfasis en el papel que cada persona, grupo y organización juegan como agentes activos y la confirmación de sus propias prácticas de salud, orientadas al logro del bienestar individual y colectivo. Estas prácticas conllevan el desarrollo integral de las personas y las comunidades, las cuales tendrán como piezas fundamentales el interés por su autocuidado y la actitud de poder hacerlo.

Dewey toma como elemento principal en su definición a la experiencia, pues tanto en educación de adultos como en la educación de los niños, esta contribuye de grande manera a que se facilite el aprendizaje que se busca.

Correll (1970:49) dice que:

"La educación es un proceso de integración personal de la cultura que posibilita proyectar realizar la vida más plenamente dentro de la comunidad con espíritu creativo".

Para este autor la educación se da cuando el individuo es capaz de actuar con sus propias convicciones.

Fermoso (1985:47), define a la educación como

"la influencia que se ejerce en el individuo para desarrollar el potencial humano hacia la perfección y pueda ser un miembro útil a la sociedad".

El concepto anterior dice que el hecho educativo está ligado de una u otra manera al cambio. Educar tiene por consiguiente estrechos lazos con una propuesta de transformación que indica un tránsito desde una situación actual a otra deseada.

Para Lemus (1990:1), la educación es:

"la influencia ejercida en una persona ocasionándole modificaciones en su conducta. Es un hecho inherente a la persona humana y este hecho es por un lado ineludible, pues sólo las personas se educan, los animales se adiestran y sólo el hombre es susceptible de educación".

Puede decirse entonces que la educación es un hecho inherente a la persona humana, y lo más privilegiante es que él mismo es quien selecciona lo que quiere aprender según sus necesidades e intereses. La educación supone un proceso de intervención, conforme a propósitos y valores que lleva a una situación distinta de la actual, pudiendo ser a corto o mediano plazo en individuos, grupos y comunidades.

La educación no es imponer conocimientos sino guiar a las personas a que se desarrollen fomentando el ejercicio de su propia creatividad.

Ibáñez (1974:19-27) dice que la educación ha pretendido alcanzar un doble objetivo. El primero es compartir conocimientos, actitudes y habilidades, mientras que el segundo busca que cada cual sea capaz de resolver adecuadamente los problemas que le plantea la vida y poder aportar su propio esfuerzo a la sociedad donde se desenvuelve.

2. Teorías de la educación. En las siguientes líneas se dan a conocer resumidamente cuatro teorías de la educación, que también son llamadas por Bowen James (1990:517) como pensamientos educativos y él afirma que:

"la teoría educativa jamás ha sido estática sino que ha sufrido un constante cambio y por ello se le ha llamado innovación significativa"

La metamorfosis de la teoría educativa viene efectuándose desde antes de Cristo, hasta los años modernos, estos cambios han contribuido a mejorar el hecho mismo de la educación.

Lodge, Platus (1947:308) afirma que Platón fue la primera persona en la historia de la civilización que desarrolló una teoría sistemática de la educación, que técnicamente se denomina metafísica. Esta trata sobre la realidad última de las formas puras que culmina en forma de bien. El principio fundamental de esta teoría es la interrelación total del cosmos, la operación de la armonía y el equilibrio en la naturaleza.

Howie (1968: 115-150) escribe sobre la teoría educativa de Aristóteles, Howie expone una teoría de educación realista y dice:

"el conocimiento se va estructurando por extracción de la forma o esencia de un objeto, debiéndose usar el método inductivo de razonamiento".

Este esquema ha influido notablemente en los sistemas de enseñanza aprendizaje hasta los tiempos modernos y sobre él se funda el concepto tradicional en que se cree que es tarea del maestro proporcionar los conocimientos necesarios a la mente en desarrollo.

Dewey, John (1981:287) expone la teoría llamada generalizada de la educación. Él sostiene que toda la educación debiera ser científica en el sentido riguroso de la palabra, para él la escuela debía convertirse en un laboratorio social, en donde el conocimiento acumulado se practicara de manera palpable, convirtiéndose éste en un proceso continuo. Él dice también que:

"la escuela debía desarrollar en el niño la competencia necesaria para resolver los problemas actuales y comprobar los planes de acción del futuro, de acuerdo con un método experimental"

Dewey dice que si las escuelas basaran sus actividades en la investigación científica, desaparecería en gran parte la obligación y coerción, en cambio aumentaría la motivación.

Bowen, James (1990:408) dice que la teoría de Dewey parte de una descripción intuitiva del hombre y la sociedad y que la postura de este teórico parece muy próximo a la filosofía marxista.

Illich, Ivan (1971:396) opina que:

"la escuela debe ser abolida como institución principal del proceso educativo porque ella ha pervertido a la educación."

Cuando Illich se refiere a escuela está hablando de todos los niveles de educación, él afirma esto porque es partidario de que el conocimiento va en función de una participación activa en las situaciones reales.

Illich, Ivan (1971: 398) dice también en su teoría que:

"el aprendizaje y la educación en su verdadero sentido es vital para el desarrollo y la perpetuación de la humanidad en el hombre"

Sin embargo, no está de acuerdo con la enseñanza que las escuelas enmarcan. Para este teórico revolucionario, la educación es un proceso de participación en la vida y afirma que entre las personas no hay lugar para conceptos de superioridad, sólo existen diferencias y ellas conducen a llevar distinto género de vida y buscar diversas formas de satisfacer las necesidades.

3. Modelos de educación. A continuación se describen tres modelos de educación, cada uno de ellos se apoya en hipótesis propias y tiene estrategias de acción y diversos estilos de trabajo. Estos modelos fueron elaborados como respuesta a objetivos y proyectos de ámbitos diferentes. Aunque estos no son nuevos, en la presente década han sido enriquecidos por la contribución de la investigación, la didáctica y la tecnología moderna.

a. Modelo de la transmisión: Este modelo lo simboliza Ardoino (1978; 9), como modelo de la nutrición en donde el formador da de comer a quienes están siendo formados. Aquí el principal protagonista es el formador o profesor, que el formado o educando tiene un papel pasivo,

su actividad se limita a la copia mental de las informaciones que le son presentadas. Este modelo es difundido, tanto en programas de educación escolar como en los correspondientes a educación para adultos, ya que resulta adecuado para todas las edades.

b. Modelo de adiestramiento: Este modelo es utilizado generalmente para enseñar oficios. El objetivo de éste es lograr la eficiencia y se puede ejemplificar claramente con el reflejo condicionado. Según San Cristóbal (1965; 11-12) este modelo contiene los pasos siguientes:

-Estudio de la tarea: El instructor da una hoja que contiene información de lo que hay que hacer, otra hoja que tiene el cómo operacionalizar las instrucciones, una tercera que da la información de la tecnología a seguir y la cuarta que da informaciones adicionales.

-Demostración de la tarea: Esta es realizada por el instructor, quien desarrolla la actividad y en algunos casos utiliza el sistema de videotapes.

-Ejecución de la tarea: El aprendiz se ubica en el puesto de trabajo durante el tiempo que ejecuta la tarea y sigue una guía pre-establecida por el instructor. Una vez que se supone el aprendiz ha internalizado los conocimientos necesarios, es inducido a desprenderse de la guía.

-Evaluación de la tarea: Esta etapa ocurre permanentemente, el facilitador induce al aprendiz, durante todo el proceso,

a que realice autoevaluaciones, buscando con esto la perfección de la tarea.

c. Modelo de la problematización: En este modelo los alumnos se convierten en el soporte principal de la formación, el docente es más un orientador que instructor. Gagné (1970; 15-17) dice que a este modelo se le puede catalogar como el de la formación en profundidad, lleva como objetivo la interacción de experiencias entre los sujetos y el fin perseguido es la modificación de las actitudes, ligada a un enriquecimiento de los conocimientos.

Este modelo indica que la identificación de los problemas es el punto fundamental que permite la búsqueda de información y con ello realizar una reflexión teórica que conlleve a la elaboración de hipótesis de solución del problema, luego estas hipótesis son probadas en la práctica, verificando su adecuación para la resolución del problema o modificación de dicha práctica.

4. Educación y desarrollo: La educación implica capacidad de innovar, de crear, de comunicar los asuntos de su propio interés lográndose con ésto el desarrollo de las personas.

Según un documento de CEPAL (1987:10-13), el desarrollo se consideró como una estrategia internacional

durante el decenio 1970 -1980 y es definido como:

"un proceso integral, caracterizado por la consecución de metas económicas y sociales, que aseguren la participación efectiva de la población buscando sus propios beneficios, para lo cual se hace necesario realizar cambios estructurales y profundos".

La palabra integral es el común denominador en mucho de lo que se ha venido diciendo. Esto indica que las personas deben educarse para su diario vivir, respondiendo a necesidades y objetivos propios y de la sociedad a la que pertenecen.

El desarrollo es definido por Fabián (1991; 9) como:

"Un avance perceptible hacia fines concretos, basados en los valores del individuo y la sociedad, y también un sistema de cambios interrelacionados dentro de esta sociedad, que fundamenta y condiciona la factibilidad de avance".

Esta definición supone la existencia de una capacidad humana, misma que le permite a los individuos decidir entre las opciones que se le presenten para alcanzarlo. En todo lo anterior se observa como elemento principal al hombre y su grupo, quienes se convierten en protagonistas de su propio desarrollo, considerándosele a la educación como elemento necesario para ello.

La educación es un elemento indispensable para el desarrollo de una persona o comunidad, otro elemento

Indispensable para el desarrollo es la salud, tema que se presenta a continuación.

B. Salud.

Este término deriva del latín *salus*, que significa normal funcionamiento psicobiológico de la persona. Todos sabemos que salud es algo dinámico y vertiginosamente cambiante, donde el sujeto demuestra su capacidad de funcionar en la sociedad.

1. Definición. Polaino (1987:2-7) dice que salud es la interacción entre el organismo, el ambiente y el contexto social, y el hombre opta por determinado estilo de vida que llene o se acerque a sus aspiraciones, motivaciones e intereses. De aquí que todas estas circunstancias resulten a la postre tan importantes o más respecto de la salud, que el conjunto de factores estrictamente biológicos.

La Organización Mundial de la Salud (1946:5), define salud como un estado de completo bienestar físico, mental social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud así se entiende como que hay cierto equilibrio del organismo con el ambiente, con un mundo social y con un vasto conjunto de factores psicológicos, culturales, políticos y económicos.

Para Veenker (1963; 39), la salud es un valor, sin embargo, parece como si este valor ha sido desplazado por

otras cosas como el dinero, el placer e incluso podría decirse que la salud ha sido utilizada al servicio de estos factores. Es posible que el comportamiento no saludable o insano de muchos ciudadanos se deba a la ignorancia que tienen acerca de la salud preventiva o la educación para la salud.

La salud es tarea de todos y no sólo de los especialistas en medicina. A estos últimos pertenece casi en exclusividad el tema de la enfermedad y la prevención de ellas, pero sólo una vez que ésta ya está instaurada. Ocuparse del tema compete a todos los ciudadanos, y no sólo lo que respecta a su salud personal, sino también, lo relativo de la salud del prójimo y de la comunidad.

Arakelian (1980; 25-42) dice que el actual propósito de la salud se concreta en que todos construyan una cultura de la salud, una cultura que es consecuencia y función de los estilos de vida saludables, adoptados por los diversos grupos humanos.

Esta definición de salud, como puede observarse, es más amplia que la vertida por la Organización Mundial de la Salud, que dice que salud es el completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo lo que se pretende alcanzar lleva implícito el bienestar general del individuo.

Terris (1980; 22) dice que la salud tiene un significado global porque está ligado a la unidad del individuo y a todas sus necesidades. Dice también que la salud es:

"un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de enfermedades".

Esta última coincide con la definición emanada por la Organización Mundial de la Salud en 1946 y se refiere a que gozar de buena salud es equivalente a la suma de bienestar (sentirse bien, estar bien, no tener molestias ni sufrimientos) y la capacidad de funcionar, es decir que las personas puedan vivir, teniendo la oportunidad de relacionarse normalmente con sus semejantes, gozando de las satisfacciones que proporciona la vida en la comunidad.

2. Teorías. A continuación se dan a conocer cuatro teorías que explican la salud de acuerdo a sus propias hipótesis.

a. Teoría patológica: Es también llamada humoral. Green (1976:37-45), explica que todas las enfermedades se localizaban en los fluidos corporales. Esta teoría se desarrolló desde su origen hipocrático y holístico en dos etapas: primero enfatizó el rol de la sangre en las enfermedades y luego asimiló la sangre y sus propiedades a

la enfermedad en si misma. El resultado final fue que la enfermedad se concebía como una entidad autónoma que podía ser estudiada sin tener en cuenta a su huésped.

b. Teoría orgánica: Becker (1974:88-102) explica que en esta teoría se ubicaba a la enfermedad en las partes sólidas del cuerpo, y el desarrollo de ella pareció en principio ir en la dirección opuesta a la teoría patológica, ya que era difícil tratar las partes sólidas del cuerpo como entidades separadas de los fluidos de ese mismo cuerpo. Cuando el conocimiento de la patología aumentó, los patólogos comprimieron la enfermedad en partes corporales cada vez menores, primero los órganos, luego los tejidos y finalmente las células.

El hombre entonces fue olvidado en la mesa de disección y pasó a ser considerado como un mero conjunto de interesantes muestras tisulares.

c. Teoría de la etiología específica: Esta teoría es expuesta por Best (1985;19), quien expone una visión ontológica de las enfermedades, cuando los microbiólogos demostraron que muchas enfermedades eran causadas por micro-organismos; fue muy tentador identificar esta causa con la enfermedad misma. Así, después de que los patólogos dividieran la enfermedad en las partes identificables más

pequeñas del organismo, los microbiólogos la llevaron completamente fuera del cuerpo humano.

d. Teoría integrada: Hallal, (1982;38-55) expone que esta teoría es la actual y parte de la idea de que toda enfermedad es reflejo de una sociedad enferma, en donde el desempleo, racismo, las enfermedades infecto-contagiosas, la desnutrición, las enfermedades congénitas, la educación, vivienda, hacinamiento, contaminación, patrones de vida y condiciones de trabajo estresantes, provocan en los individuos angustias y sufrimientos económicos, dislocaciones culturales y lucha de razas.

3. Modelos. En la actualidad existen distintos modelos de salud, algunos basados en teorías y otros en la práctica, a continuación se exponen seis de ellos, los que se consideraron de más trascendencia y útiles para el modelo que se presenta en este documento.

a. Modelo clínico: Según describe Dabbs (1971;31-40), este modelo tiene como componente básico al hombre como dominador de la naturaleza, con derecho a manipularla en su propio beneficio. Tiene una visión mecanicista del hombre, que exige un enfoque manipulativo para restaurar la salud. Enfatizando el rol de las ciencias naturales en el estudio del hombre y sus enfermedades; y un concepto

ontológico de la enfermedad, que da lugar al estudio de las enfermedades sin tener en cuenta los factores relacionados con el huésped.

Las nociones importantes de este modelo son, que las enfermedades constituyen problemas específicos que requieren soluciones directas. Estas mismas son básicamente problemas biológicos que se tratan por medios médicos, mismos que se sitúan esencialmente a nivel del individuo.

b. Modelo de la acción razonable: Becker (1974:30-36) dice que este modelo está diseñado en función de los valores del sujeto y ha sido desarrollado por la psicología social para explicar las relaciones existentes entre el comportamiento, creencias y actitudes del individuo.

Este modelo da a conocer la aparición de comportamientos que mejoran la salud en función de sus relaciones con sus convicciones y actitudes del sujeto. Turnbull (1978:72-81) enfatiza en que las variables importantes de este modelo son la percepción del sujeto, de su propio estado de salud y las expectativas que tenga, y la interacción del individuo con el profesional de salud. Esto demuestra que el estilo de vida genera consecuencias

sobre la salud del individuo.

c. Modelo patogénico: Introduce la dicotomía salud/enfermedad formalizando luego cada una de estas categorías como conceptos excluyentes que nada tienen en común. La formulación específica de la patogénesis deja fuera de foco la consideración de otros factores causales, que están presentes en la génesis de esa alteración como el estilo de vida y actitudes frente a la salud.

Según Brown (1981:40-52), este modelo procede del siguiente modo: Primero busca la causa de determinada alteración. Segundo busca los síntomas producidos por aquella causa y tercero ataca la enfermedad para reducir su sintomatología. Con este seguimiento resulta muy difícil tratar de explicar la génesis de la salud, pues aunque este modelo conoce la existencia de los factores ambientales sobre la salud no es competencia suya la modificación de ellos. Bastaría con buscar el modo de mejorar la forma en que un organismo se enfrenta con la supuesta causa o situación patogénica, para conseguir una aproximación a la salud de mayor eficacia explicativa.

Este modelo aminora y relativiza la importancia de los factores conductuales, porque está acostumbrado a verse sólo frente a hechos patológicos. Vincula conductas patógenas, comportamientos erróneos y riesgo patológico, pero al enfatizar lo patogénico se olvida de establecer

otras articulaciones, acaso mucho más importantes para la salud como los comportamientos ajustados y la esperanza de vida. Es curioso como este modelo sólo habla de síntomas patológicos y no de síntomas de salud, a pesar de que estos últimos sean tan importantes como los primeros para el diagnóstico de salud.

d. Modelo salutogénico: Este modelo establece una dimensión continuista entre salud/enfermedad, está más en consonancia con lo que sucede en la sociedad. Cada persona tiene diferente grado de facilidad/dificultad para gozar de las diferentes áreas en que puede dividirse la salud.

Según Antonovski (1984:97-100), este modelo concede más atención a los factores generales de la salud, que a los factores específicos. Este modelo se interesa más por aquellas condiciones generales que están implicadas en el hecho de la salud, desentendiéndose de los factores específicos de los que depende la enfermedad. Se puede decir que este es un modelo anticipatorio, que se interesa por prever cuáles son las estrategias de comportamiento más idóneas para establecer la salud participativa.

Este modelo no trata de evitar la presencia de factores patógenos, trata de convivir con ellos, de modo que manejándolos no sean tan nocivos.

Aquí lo que importa es que el comportamiento se adapte al medio, de manera que precisamente por esa adaptación la salud sea posible, también se puede decir que es un modelo personalizado y relativista, porque persigue la conquista de la salud para cada persona y porque relativiza los riesgos en función de las variables que caracterizan a cada individuo.

Otra característica de este modelo es que actúa simultáneamente sobre el individuo y la comunidad, su modo de intervención es pues individual y social. Siempre marcha al encuentro de los problemas para prevenirlos o minimizar sus consecuencias en lo posible.

Este es un modelo extraordinariamente activo pues considera que es el individuo quien ha de velar por su propia salud a quien compete principalmente esa tarea y sin la participación activa de él, la génesis y promoción de su salud resulta imposible.

e. Modelo promocional: Las acciones de este modelo tiene por objeto el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y accidentes evitables. Se trata de incrementar el nivel de salud a los individuos, grupos y comunidades, implementando acciones sobre el ambiente y sobre el individuo, en donde puede contarse con la

educación para la salud y la medicina preventiva como herramientas para obtener y mantener la salud. Buscando con ello mejorar la calidad de vida y evitar la morbilidad y mortalidad. En las acciones para el ambiente incluyen las actividades de los servicios de salud dirigidas al control sanitario de este ambiente en su más amplio sentido.

Lo que se trata es de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del ambiente en que vive inmerso el ser humano.

Para Bandura (1977: 105-116), las acciones sobre el individuo se dividen en dos grandes grupos que son: la Educación y la Medicina Preventiva. Mediante la primera se pretende incidir sobre la conducta humana, formando las conductas positivas de salud y cambiando los estilos de vida insanos, que son en la actualidad uno de los principales determinantes o condicionantes de la salud en los países desarrollados. Mediante la medicina preventiva, se pretende fomentar la salud y prevenir las enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud en Ginebra (1983:580-597), dice que dentro de este modelo se encuentra ubicada la estrategia de atención primaria que está basada en métodos y tecnologías sencillos, científicamente fundados y socialmente aceptados a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

Todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la atención primaria de salud y todos deberían participar en ella, además del sector salud deben estar implicados también todos los sectores existentes.

La Organización Mundial de la Salud en uno de sus documentos (1981), dice que una de las actividades que necesariamente debe incluir la atención primaria de salud, es la educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población.

Esta educación debe aclarar las dimensiones y la naturaleza de los problemas de salud prevalentes en esa población, e indicar los métodos para prevenir y controlar estos problemas. Esta estrategia está estrechamente vinculada con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El contacto diario del personal de atención primaria con las personas de su comunidad brinda enormes posibilidades de acción para la promoción de la salud, tanto la planificada como la contingente.

El enfoque comunitario es el futuro de la atención primaria, incluso en los países de asistencia no integrada. La tendencia actual es organizar la atención primaria, de acuerdo con los postulados de medicina comunitaria vigentes en el primer Congreso internacional de Promoción De La Salud, realizado en Ottawa (1986). Estos postulados están escritos en el documento llamado "Carta de Ottawa", en el

cual dice que la promoción de la salud es un elemento indispensable en la estrategia de atención primaria, ya que con ella se pretende que los individuos y las comunidades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar la calidad de vida. El enfoque comunitario se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten, que para poder fomentar la salud es necesario cambiar, tanto las condiciones de vida como la forma de vivir. La promoción de la salud constituye acciones que vinculan a la gente con sus entornos y que con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

Un principio inherente a la promoción de la salud, es implicar a toda la población en el contexto de su vida. Para ello es fundamental que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud. Por esta razón, la promoción de la salud implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad.

La promoción de la salud ha sido sintetizada a través de los siguientes principios generales de actuación: la implicación de trabajar con la gente y no sobre ella,

empieza y acaba en la comunidad local. Está encaminada hacia las causas de la salud, tanto a las inmediatas como a las subyacentes; justifica y aprecia, tanto el interés por el individuo como por el ambiente; subraya las dimensiones positivas de la salud; afecta y debería involucrar a todos los sectores de la sociedad y el ambiente.

Se afirma entonces que la promoción de la salud es el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

La salud comunitaria es un proceso de avance en la promoción de la salud, y se entiende como las actividades colectivas, organizadas de protección de la salud. La salud comunitaria representa la etapa más avanzada de la evolución de los esfuerzos de la comunidad para promover y restaurar la salud de la población.

Según Guerra (1991:8-12), la salud comunitaria introduce la importancia de la responsabilidad y participación comunitaria, en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud de sus integrantes. Esta comunidad activa y participante (comunidad en acción) siente y administra como propias sus expectativas y energías para aumentar la salud.

Un punto muy importante que se debe señalar en relación con la salud comunitaria, es que para que los ciudadanos puedan ejercer con propiedad sus derechos y deberes de participación en la planificación, administración y evaluación de las acciones de salud comunitaria, deben estar bien informados.

Tal y como se ve en el cuadro anterior, este modelo tiene acciones sobre el ambiente y sobre el individuo.

f. Modelo medicina preventiva: Pineda (1960; 5-6) dice que la medicina preventiva estudia el origen o causa de las enfermedades, la forma de transmitirse o propagarse y las medidas que deben tomarse para evitar que la enfermedad se difunda. El propósito de este modelo es evitar que los sanos se enfermen, desde el punto de vista práctico y económico es preferible evitar la enfermedad que curarla.

La medicina preventiva es el aspecto de la práctica médica en el cual el profesionalista aplica a sus pacientes los conocimientos y las habilidades de la medicina y las ciencias afines en un esfuerzo organizado de la comunidad para conservar y mejorar la salud de individuos y grupos.

Este modelo se está implementando prioritariamente en Guatemala, a través de los distintos programas como la rehidratación oral, inmunizaciones que previenen las enfermedades infectocontagiosas más frecuentes en este país, la práctica de lactancia materna, el control de crecimiento y desarrollo desde el momento del nacimiento, orientación sobre salud reproductiva, capacitación a comadronas.

La medicina preventiva puede aplicarse a todos los niveles y puede ser aplicada por todas las personas desde cualquier ambiente en que se encuentren.

C. Salud y desarrollo: La relación que existe entre la salud y el desarrollo obliga a que sean discutidos conjuntamente. Esa necesidad de asociar el análisis acerca de ambos temas, no puede ser encarada a través de las ópticas tradicionales, que contemplan esos procesos como paralelos (salud y desarrollo). Debe entenderse que la salud es un componente fundamental del desarrollo, si se acepta que la salud, dentro del conjunto de las condiciones de vida, es el mejor indicador de la dimensión bienestar y se presupone que el logro del bienestar de los diversos conjuntos sociales, es lo que debería orientar todo el quehacer social, inclusive el de las actividades denominadas productivas.

Macedo (1991;15-21) dice que la salud es un elemento que refleja más estrechamente las condiciones de vida de los conjuntos sociales. Es decir, la salud no responde sólo a las determinaciones biológicas sino también cristaliza en un momento dado el conjunto de las condiciones sociales y económicas que actúan sobre la persona y el grupo familiar, el conjunto social y ambiental en que están insertos.

Kelly (1988:17), expone que:

"las condicionantes de vida de cada grupo social, traducen su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura y dinámica social. Estas condiciones son determinadas en el proceso de reproducción social, constituyendo las mediaciones entre los procesos más generales de la sociedad y los problemas de salud/enfermedad, peculiares de cada grupo de población. Al mismo

tiempo las condiciones de vida constituyen la forma particular de participación de dicho grupo en la reproducción general de la sociedad"

Desde ese punto de vista se puede afirmar que salud y desarrollo es sinónimo del bienestar de las personas, de las familias, comunidades y, en general, de toda la sociedad. Pero las relaciones de salud con el desarrollo no se limitan simplemente a esta proposición. La salud es un componente del desarrollo y al mismo tiempo un resultado de ese proceso. Por eso no basta considerar que salud en su relación con un crecimiento económico, es tan sólo objeto de gasto, o un sector no productivo, tampoco es posible encerrar a la salud en la discusión de si es un gasto o una inversión. La salud es más que eso, es una condición esencial para que las actividades productivas puedan desarrollarse en un marco de estabilidad, paz y progreso social.

En una publicación de la Organización Mundial de la Salud (1992), dice que no puede considerarse la crisis de los años 80 como la causa básica de los problemas actuales en el ámbito de la salud.

En relación con el desarrollo, la crisis, sólo puso de manifiesto las insuficiencias y deficiencias de los modelos de salud adoptados en el pasado, reforzando la necesidad de pensar en las formas y estilos de desarrollo más adecuados para la región, tanto en la coyuntura actual, como en el futuro inmediato.

D. Salud y ambiente:

Entre los múltiples aspectos que se relacionan con la salud de los conjuntos sociales y de las personas, es conveniente analizar la interrelación entre salud y ambiente, tanto por la importancia de lo anterior, como por ser un tema tradicionalmente dejado de lado al abordar la problemática de salud. Esto sucede por el predominio del enfoque de atención médica a las personas. Actualmente reconocer la relevancia de la salud ambiental, cabe también aceptar que es un campo de intervención esencialmente intersectorial, ya que se ocupa de todos los componentes del ambiente humano.

Así, a los temas tradicionales relacionados, casi siempre, con el tratamiento de los problemas del abastecimiento de agua y el saneamiento, hoy se suma entre otros, el control de la contaminación ambiental, la higiene de la vivienda y la salud ocupacional, además lo referente a ambiente social.

La Organización Mundial de la Salud (1987), en un documento indica que en las acciones sobre el ambiente deben incluirse actividades de los servicios de salud dirigidos al control sanitario en su más amplio sentido.

A nivel operativo se suele hacer distinción entre las dirigidas a la vigilancia y control de la contaminación del ambiente y de los alimentos. Estas acciones se dirigen a

prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio en que vive inmerso el ser humano.

E. Estilos de vida.

Hammond (1969;31-44) dice que el término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales. Estas pautas son desarrolladas y utilizadas por el grupo como mecanismo para afrontar los problemas de la vida. Los estilos de vida suelen considerarse en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en relación con las condiciones ambientales.

El estilo de vida de una persona está integrado por sus reacciones habituales y por las pautas de conductas que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto no son fijas sino que están sujetas a modificaciones.

En el ámbito de la promoción de la salud son de vital importancia, tanto la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud, como el potencial de cambio de dichos estilos de vida. El modo de vida de una persona puede dar

lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, de igual modo que no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida óptimos para todo el mundo. Los ingresos económicos, la vida familiar, la edad, la capacidad física, las tradiciones y el ambiente del hogar y del trabajo hace que algunos modos y condiciones de vida sean más atractivos, factibles y apropiados.

F. Educación para la salud.

La educación para la salud se constituye formalmente en disciplina en 1921, cuando el Instituto de Tecnología de Massachusetts, impartió el primer programa de educación para la salud, y es hasta 1977 cuando La Society For Public Health Education, edita un importante documento cuyo propósito principal es establecer funciones de los educadores en salud. Esto es escrito por Polaino Lorente en su libro Educación Para la salud (1987:5-7).

1. **Definición.** Según Nutbean (1989:19), educación para la salud se entiende por cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.

Para Parcel (1981:10-15), educación para la salud es:

"una ciencia menos pedagógica y más conductual y que no se restringe al ámbito de la escuela".

Esta educación suele proceder a través de estrategias de aprendizaje, de manera que el alumno aumente la adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas, que es lo que constituye ordinariamente el objetivo de la educación.

Polaino (1987:247-265) dice que educación para la salud es un medio eficaz pero que es necesario enriquecer con otros procedimientos que no son específicamente pedagógicos. La educación para la salud tiene así un reto planteado con el tema del cambio comportamental cuya medida muchas veces es todavía inconsistente e insatisfactoria.

Levenson (1974:446-449) dice que educación para la salud es un proceso de asistencia a la persona individual y colectivamente de manera que puedan tomar decisiones, una vez que han sido bien informados de las situaciones que afectan a la salud personal y a la de la comunidad.

Para estos autores la educación para la salud prepara al individuo para actuar directamente sobre las situaciones.

Esta ciencia también es definida por Henderson
(1981:555-559), como:

"Un proceso cuyas dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales se relacionan con actividades que incrementan las capacidades de las personas para tomar decisiones bien fundamentadas que afectan al bienestar personal, familiar o comunitario".

Esta definición dice que se puede conseguir el cambio sólo cuando los individuos hayan tenido un desarrollo psicobiosocial/espiritual.

Así como los límites absolutos de la salud son difíciles de definir, también se dificulta especificar dónde comienza y dónde termina la educación para la salud, pues es una actividad multidisciplinaria en donde las ciencias de la salud y las sociales se refuerzan y complementan mutuamente.

La Organización Mundial de la Salud (1989), en un documento dice: que la educación para la salud se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y comportamientos de ellos, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando este es necesario. Esta educación pretende preparar a los individuos, grupos y comunidades dotándoles de medios y recursos para tomar decisiones firmes, pero también influye para que el resultado de tales decisiones vaya en la dirección deseada.

Zapka (1982:17) considera a la educación para la salud como un proceso centrado en la gente, que modifica el comportamiento en torno a la salud cuando es necesario y crea oportunidades y situaciones educativas que promueven y faciliten el cambio. Esto conlleva la difícil tarea de persuadir a la gente para que renuncie a hábitos perjudiciales que a veces son placenteros y para que tome medidas precautorias que pueden vivirse como molestas.

Esta es en esencia la visión del tema, desde el punto de vista de la educación para la salud, orientada a la acción que tiene por función hacer enlace entre el conocimiento, la actitud, la práctica y el estímulo el comportamiento sanitario preventivo.

2. Evolución de la educación para la salud: Desde la época pre-cristiana existen actividades de protección de la salud. Los egipcios, tal como lo describe Herodoto, eran los más sanos de todos los pueblos de su época, tenían un sentido muy profundo de la higiene personal, conocían numerosas fórmulas farmacéuticas y construían aljibes de arcilla y canales para las aguas residuales. Los hebreos llegaron todavía más lejos en las prácticas y concepciones higiénicas, al incluir en la ley de su patriarca Moises lo que se considera como el primer código de higiene escrito en Levítico, hacia el año 1.500 a.C.

En Levítico se menciona una extensa variedad de deberes personales y comunitarios, que debían cumplirse rigurosamente entre los que figuraban la limpieza del cuerpo, el aislamiento de los leprosos, la desinfección de las viviendas después de una enfermedad, la eliminación de las materias fecales, la protección del agua y de los alimentos y la higiene de la maternidad.

Los griegos prestaban mayor atención a la limpieza personal, al ejercicio y a las dietas que a los problemas del saneamiento del medio.

El imperio romano es famoso por sus realizaciones en los campos de la higiene personal y de la ingeniería sanitaria.

San Martín (1984:26) dice que las prácticas de higiene siguieron una evolución y los gobiernos de los países de Europa y América del Norte establecieron servicios de salud que recibieron el nombre de sanidad e higiene pública. Su objetivo era, exclusivamente, la protección de la salud de la población mediante acciones de gobierno dirigidas al ambiente y a la comunidad. Las acciones de estos servicios fueron principalmente de vigilancia y control sanitario de ambiente y de lucha contra las enfermedades transmisibles, que eran las que predominaban en la época de la Edad Media.

Es necesario entrar en el siglo actual para que los términos fomento y promoción de la salud aparezcan en el glosario de los textos de salud. En este sentido los países anglosajones fueron los pioneros y en ellos el innovador indiscutible fue Winslow (1920:35-55), quien introdujo notables avances estableciendo las bases del concepto actual la educación para la salud como la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud, la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.

3. Educadores para la salud: Fernández (1981:108-122) dice que los educadores para la salud constituyen el primer ámbito profesional, aunque no el único en la promoción de la salud, ya que su contribución a la reducción de los problemas de la salud es sin duda alguna la más importante.

Un especialista en educación para la salud es un agente de cambio social que comprende profundamente las fuerzas y estructuras de la sociedad.

Muchas de las primeras actividades de estos profesionales se basaron en proporcionar información, creyendo que la gente cambiaría su comportamiento en torno a la salud en la línea de los hábitos recomendables. Estos

profesionales rara vez eligen los problemas, sino que los encuentran y buscan soluciones apresuradas, examinando críticamente y evaluando los esfuerzos de quienes trabajan en este campo. Estos educadores valoran la privacidad, la dignidad y la valía del individuo y apoyan el cambio mediante elección y no mediante coerción, buscan compartir y explorar las creencias y valores del individuo respecto de una determinada información y discuten sus implicaciones.

Para Simonds (1976:68), son funciones prioritarias de los educadores para la salud; el desarrollo de hábitos y costumbres saludables de la población; el cambio de los factores sociales que inciden negativamente sobre la salud, la promoción de cambios comportamentales en aquellos sujetos donde ciertas conductas generan consecuencias que van en detrimento de la salud, la modificación de los estilos de vida. La promoción de la salud es un valor que cada persona tiene.

La tarea del educador para la salud es ofrecer nuevas ideas e información y ayudar a interpretar los propios conocimientos y problemas, a la luz de las nuevas adquisiciones. Evitando imponer su propio punto de vista y el riesgo de conseguir el consenso sin fruto, que la gente concede cuando no es capaz de emitir un juicio propio.

4. Modelos en educación para la salud: En la actualidad existen modelos teóricos en educación para la salud. Esta ciencia usa conocimientos y técnicas generadas por varias experiencias de aprendizaje destinados a promover el mantenimiento, ajuste o cambio de conducta de los individuos, en forma voluntaria para favorecer un estado saludable. El aporte de las diferentes disciplinas a los programas de educación para la salud se reflejan en el desarrollo de modelos para lograr la comprensión y predicción de las conductas relacionadas con salud.

Estos modelos proveen la información para el diagnóstico educativo y para la planificación, implementación y evaluación de los programas de educación para la salud.

El actual énfasis en promoción de conductas saludables dentro de la educación para la salud, se debe al reconocimiento de que las mayores causas de mortalidad se relaciona con patrones conductuales (estilos de vida) que pueden señalarse como factores de riesgo. A través de los años se observa un cambio de enfoque, hoy en día se enfatiza la promoción de salud que se centra en realizar acciones con las personas e inducir al individuo a hacer cosas por sí mismo.

A continuación se explican algunos modelos teóricos de educación para la salud.

a. Modelo de creencias en salud: El modelo de creencias en salud se originó en 1950, cuando un grupo de psicólogos sociales del servicio de salud en Estados Unidos analizó el fracaso de campañas de prevención (vacunación y exámenes para la detección temprana de enfermedades asintomáticas). Desarrollaron este modelo en un intento por explicar las motivaciones que llevan a un individuo a tener una conducta saludable. Los conceptos básicos del modelo derivan de teorías psicológicas que postulan que la conducta depende principalmente del valor que le asigna la persona a una meta y la estimulación que hace la persona de una acción específica que conduzca a esa meta.

Guzmán (1991;8) dice que las variables en el contexto de conductas de salud fueron traducidas como el valor que las personas asignan a la salud y a evitar enfermedades; y la creencia que una acción va a llevar a mejorar la salud o prevenir una enfermedad.

Llerena (1990:38-50) expone que este modelo se basa en las numerosas investigaciones experimentales, y dice que las creencias de las personas influyen de forma sustancial en la toma de decisiones en relación con la aceptación de las medidas preventivas recomendadas, que siga o no el individuo estas recomendaciones dependerá de las siguientes percepciones:

- 1) La susceptibilidad personal a la enfermedad que se pretende prevenir.
- 2) La gravedad clínica y social probable de la enfermedad dada.
- 3) Los beneficios potenciales de la medida preventiva recomendados (eficacia en prevenir o reducir la susceptibilidad personal, a la enfermedad o su gravedad).
- 4) Las barreras o dificultades encontradas en la adopción de las medidas preventivas recomendadas (molestias físicas o emocionales).

El modelo asume también, que diversas variables sociodemográficas y estructurales pueden influenciar las creencias y percepciones del individuo. Se considera, no obstante, que estas variables no ejercen una influencia directa sobre la conducta, sino que su efecto lo ejercen indirectamente a través de las percepciones y motivaciones.

Es preciso señalar que se han encontrado defectos y carencias en este modelo, una de ellas es que el individuo con frecuencia tiene comportamiento inconsciente con sus creencias.

b. Health Decision Model o modelo de las decisiones:

Baker (1978:47-51) propone el modelo denominado Health Decision Model o modelo de las decisiones de salud. Este

modelo va dirigido a explicar el cumplimiento de recomendaciones terapéuticas, el cual se centra más específicamente en las decisiones de salud. Además toma en cuenta los principales elementos del modelo de creencias de salud y combina la influencia de las creencias y factores modificadores sobre las preferencias de los individuos.

Estos dos modelos son subjetivos, miran los elementos internos del individuo, que explica la modificación de las conductas en base a estrategias que inciden fundamentalmente sobre sus percepciones y preferencias.

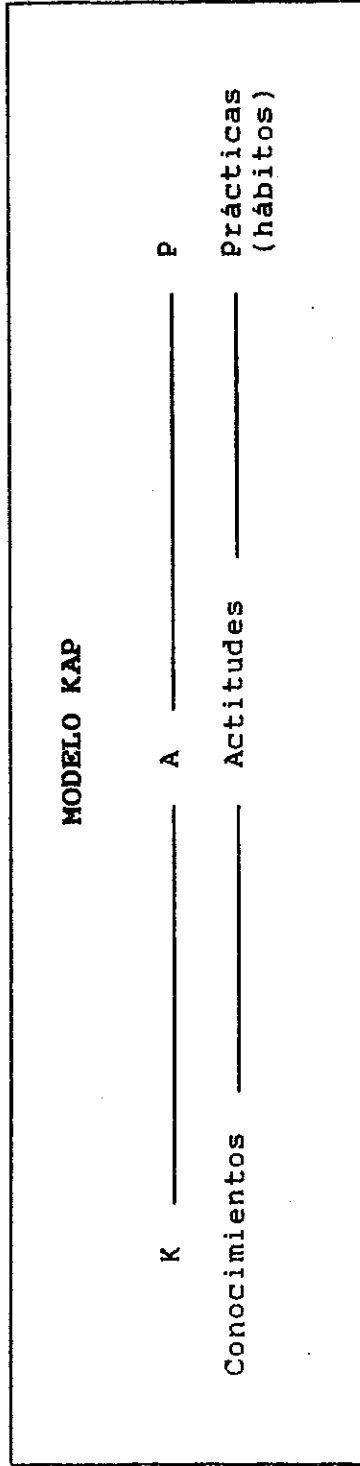
Es por ello que estos dos modelos se consideran útiles en la predicción de las enfermedades que sufren los individuos y las comunidades.

c. Modelo Knowledge, Actitudes y Practices -KAP-

Traducido a nuestro idioma el nombre de este modelo es "conocimientos, actitudes y prácticas". Este tiene una concepción tradicional que constituye una fuente de comunicación generalmente profesional dirigida a una población y le transmite la mejor información posible con los mejores medios disponibles. Según Polaino (1987;58-62), este modelo proporciona a los individuos, grupos y comunidades, una información veraz y comprensible con objeto de proporcionar nuevos conocimientos, lo cual sería seguido del cambio de actitudes, al que a su vez seguiría el cambio de hábitos o la adopción de uno nuevo.

MODELO

KNOWLEDGE, ACTITUDES Y PRACTICAS



Tomado de Polaino, Aquilino Educación para la salud.

En el cuadro anterior aparece la gráfica de este modelo -KAP- expuesto por Polaino Lorente.

Turnbull (1978:98-102) dice que se ha comprobado que la información en sí, en la mayoría de los casos, sólo incide sobre el área de los conocimientos; para cambiar las actitudes, la información debería llevar incorporada la motivación correspondiente; el cambio de actitud iría seguido en todos los casos del cambio del comportamiento (concepción causal de la actitud).

Bimonda (1976;85), al referirse al modelo -KAP-, dice que aunque ha gozado durante muchos años de la simpatía de muchos psicólogos y educadores para la salud, hoy es rechazado por la mayoría de expertos, por no corresponder a la realidad, principalmente por dos razones:

- 1) Porque los receptores de las comunicaciones desarrollan una serie de mecanismos de defensa que hacen que la comunicación sólo llegue a la fase del cambio de actitudes en muy pocos casos.
- 2) Porque se ha demostrado que la concepción causal de la actitud no siempre es verdad, ya que los cambios de conducta o el cambio de actitud es una condición previa, necesaria, pero no suficiente para el cambio del comportamiento.

Green (1976:46-47) como otros muchos investigadores señalan que no sólo hay que preocuparse de los factores internos y de los externos, que influyen en el individuo, sino que se considera necesario intervenir en la familia, compañeros de trabajo y amigos a los que el individuo pertenece.

Si los educadores para la salud quieren influenciar de forma eficaz en el comportamiento de los individuos, no sólo deben intervenir sobre los factores personales (actitudes y creencias), sino también sobre el proceso de integración de un individuo a diversos grupos sociales como familia, escuela y sobre un medio ambiente social global.

d. Modelo pragmático: Este modelo, dice Hochbaum (1985;89-95), es el adoptado en los últimos años por la mayoría de los educadores para la salud y por las administraciones sanitarias, las cuales al desarrollar las campañas o programas de promoción de la salud, toman en cuenta el ambiente físico, psicosocial, sociocultural y socioeconómico con el fin de convertirlo en favorable al cambio de conducta. El modelo no sólo incide sobre los individuos mediante comunicaciones persuasivas, informativas y motivadoras, sino que también mediante leyes aprobadas por los parlamentos de los diferentes países.

La Organización Mundial de la Salud, desde 1974, viene divulgando este enfoque, señalando que no sirve de

nada intentar modificar los comportamientos insanos de la población sin atacar al mismo tiempo las otras dimensiones como la económica y la social, que inciden en el problema.

e. Modelo Precede: Este es presentado por Juan Preciado (1990;8-15) y dice que Educación para la Salud es el ir más allá de los factores individuales y evidenciar la necesidad de alterar factores sociales, organizacionales y ambientales que afectan la conducta saludable.

Este modelo sirve como marco de referencia para diagnosticar y planear estrategias, así como para diseñar de manera sistemática cada uno de los aspectos necesarios en una planificación de educación para la salud a nivel de toda la comunidad.

El nombre PRECEDE representa las iniciales de los siguientes términos: Predisponen, refuerzan y facilitan la conducta saludable, en el contexto de una evaluación y diagnóstico educacional. Además, la palabra por sí sola implica que este modelo se usa mucho antes de implementar un programa.

Los factores que predisponen una conducta incluyen actitudes, conocimientos, creencias y valores culturales que hacen más o menos probable una práctica de salud específica en una comunidad; estos factores son los que

motivan a las personas a tomar acciones apropiadas para alcanzar y/o mantener la salud.

Los factores que facilitan una conducta se refieren a la accesibilidad y disponibilidad de los servicios o programas de salud que hacen posible que una persona motivada realice una acción.

f. Modelo integrativo: Montesinos (1991:4-14) dice que el modelo integrativo está orientado al análisis y solución de los problemas de la comunidad. Está fuertemente influenciado por la teoría de aprendizaje social de Bandura (1977) y el conductismo de Skinner (1972). Este modelo usa los datos de incidencia, prevalencia y de indicadores sociales, propone describir un cuadro relativamente coherente, de la cadena de conductas que exponen al agente el riesgo relativo de cada una de ellas, en relación a la incidencia y prevalencia del problema, los ambientes en que estas conductas ocurren con mayor frecuencia y factores organizacionales comunitarios e institucionales que influyen en ella. Lo central es entender el estilo de vida relacionado con salud y los factores conductuales en el contexto ambiental en el que ocurren.

G. AUTOCUIDADO:

Orem (1980:3-8) dice que el autocuidado ha sido definido como el conjunto de actividades que individualmente se practican para el mantenimiento de la vida, de la salud y del bienestar, constituyendo una específica competencia personal.

Poletti (1980:38) dice que es importante mencionar la intervención de cinco factores en la definición de autocuidado, los cuales son: 1. actitudes de responsabilidad hacia uno mismo; 2. motivación de autocuidado; 3. aplicación de conocimientos del autocuidado, 4. valoración de las prioridades de salud y 5. alta autoestima.

Mujica (1985:57) dice que el autocuidado es "una conducta aprendida, que pretende regular o mantener la integralidad de la estructura humana y esta conducta se relaciona con el medio ambiente, la cultura y los valores. Se entiende que toda esta conducta va estar dirigida siempre a mantener la vida, la salud y el bienestar .

La forma como una persona satisface sus necesidades de autocuidado se adquiere, primeramente, en la familia, luego en otras entidades como en grupos de amigos, centros educativos, a través de medios de comunicación masiva.

Todo ello influye en la forma en como el hombre se autocuida.

Dorothea Orem (1980:15-28) dice que la educación para el autocuidado es indispensable en el desarrollo del conocimiento, destrezas y actitudes positivas. No cabe duda que la autora de esta definición estaba pensando en cuestiones prácticas que contribuyen a encontrar por su propio medio la resolución de los problemas.

IV. MARCO CONTEXTUAL

En Guatemala, la educación para la salud no se ha implementado de una forma que permita resolver los graves problemas de salud que aquejan a la mayoría de la población.

SEGEPLAN, en un documento (1988) indica que la república de Guatemala es un país centroamericano. Geográficamente se encuentra ubicado entre los paralelos 13 grados 24' a 92 grados 14' al oeste del meridiano de Greenwich. Al norte y al oeste colinda con México, al sur con el Océano Pacífico y al este con las repúblicas de Honduras y El Salvador. Su extensión territorial es de 108,900 kilómetros cuadrados. Se estima una red vial de 9.735 kilómetros, de los cuales cerca de 3.000 son carreteras asfaltadas. Como idioma oficial se tiene el español, sin embargo se considera a la población multilingüe porque las diferentes etnias se comunican por medio de sus propias lenguas.

Guatemala está constituida por una sociedad integrada por grupos sociales culturalmente distintos; ladinos e indígenas.

Según SEGEPLAN (1992:12), de acuerdo a estimaciones dice que la población del país es 10 millones de habitantes.

En la última década, la población ha aumentado a razón de un millón de habitantes cada cuatro años. La densidad es de 89.4 habitantes por kilómetros cuadrados; sin embargo la distribución de la población no es uniforme, las regiones metropolitana, central y sur-occidente son las que representan mayor densidad de población; en la situación opuesta se encuentran las regiones del Petén, sur-oriente y norte. SEGEPLAN también indica que la población es rural en un (61.8%) quienes se dedican mayoritariamente a la agricultura.

En los documentos de SEGEPLAN (1989), se informa que la región metropolitana es la única con predominio de población urbana (85%), le sigue la región central (44%); mientras que el resto de las regiones tienen más del 55% de población rural. El 42.7% de la población del país es indígena. Esta población indígena habita principalmente en las regiones norte (73.5%), sur occidente (75.6% y 64.7%) y central (45.5%); siendo los departamentos que más población indígena tienen, Totonicapán (97%) y Sololá (94%). La población no indígena se concentra en las regiones metropolitana, nor y sur oriente, principalmente en los departamentos de Zacapa (97%). El Progreso (99%), Jutiapa (92%) y Santa Rosa (90%).

El Instituto Nacional de Estadística (1994), en una de sus publicaciones dice que la situación de empleo en Guatemala se caracteriza por tener altos índices de subocupación y desempleo. Para el año 1988 la población económicamente activa en toda la república era de 2.7 millones de personas, que es igual al 31% de la población total. Explica también que los distintos sectores de actividad económica que más contribuye a su ocupación son la agricultura (51.9%), comercio (13.7), industria (12.7%) y construcción (3.6%). En la república de Guatemala el 83.4% de familias es pobre, el 64.5% de familias viven en pobreza extrema y sólo un 16.6% son familias son no pobres.

Los departamentos que presentan los niveles más altos de pobreza son El Quiché, 96.1%; Totonicapán, 95.7%; Jalapa, 94.4%; San Marcos, 90.9%; Sololá, 90.8%; Baja Verapaz, 90.7%; Alta Verapaz 95.6%, mientras que los que presentan menos niveles de pobreza son Guatemala, 63.5% y Retalhuleu, 79.5%.

Galo de Lara (1987:52) dice que el sistema formal de educación en Guatemala atiende a la población comprendida entre 4 y 18 años, después de esta edad sólo una minoría sigue preparándose en el nivel superior. Galo de Lara continúa diciendo que el 46% de la población mayor de 15 años es es analfabeta. La cobertura del nivel primario en el área rural es del 51%.

La república de Guatemala cuenta con una población joven de gran diversidad cultural. Los pobladores viven dispersos, especialmente en las áreas rurales, el déficit habitacional es alarmante no sólo en cantidad sino en calidad, pues algunas unidades habitacionales no cuenta ni con los ambientes indispensables para vivir.

Según se anota en el Seminario de Enfermeras Materno Infantil (1992:80), en Guatemala el saneamiento ambiental es deplorable pues, además de existir el hacinamiento, hay carencia de agua potable e inadecuadas letrinas, drenajes y basureros.

Según SEGEPLAN (1989:15), la economía de los guatemaltecos se sustenta primordialmente en la agricultura, el comercio y la industria, pero los niveles de pobreza y extrema pobreza han aumentado debido, entre otros factores, a los altos niveles de inflación. Lo cual no permite que las familias satisfagan sus necesidades básicas.

La situación de salud de Guatemala tiene las siguientes características: la expectativa de vida al nacer es de 62.0 años (SEGEPLAN, 1989), sin embargo hay algunas diferencias porque dentro de la población no indígena los hombres tienen una expectativa de vida de 64 años y las mujeres de 65 años, en cambio dentro de la población

Indígena, los hombres tienen una expectativa de vida de 47 años y las mujeres, de 48 años (Gehler Mata, 1985). La tasa de mortalidad infantil, en toda la república, es de 71.8. La región metropolitana es la que tiene la menor tasa de mortalidad, que es de 53.4; mientras que nor oriente y sur oriente tienen una tasa de 82.0; en el área rural la tasa es de 81.5 y en el área urbana de 61.8; el grupo no indígena tiene una tasa de 60.3, mientras que el grupo indígena, 76.2 por mil.

En 1990, según la Unidad de Informática de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS), las principales causas de defunción fueron: infecciones intestinales, signos y síntomas mal definidos, sarampión, afecciones perinatales, desnutrición, enfermedades cardíacas, violencia, homicidios y enfermedades cerebro-vasculares. Se ha considerado como población más expuesta a los menores de 5 años y mujeres en edad fértil.

Según el documento elaborado por enfermeras titulado "Problemas Principales de la Población Materno Infantil" (1992), la atención perinatal institucional en 1989, alcanzó una cobertura del 40%. En cuanto a la asistencia del parto las comadronas atienden el 60%; el médico, 26%; la enfermera, 4%, y 10% restante es atendido en casa por

cualquier persona. El 66% de los nacimientos ocurre en madres menores de 30 años. La lactancia materna es una práctica muy difundida en las madres guatemaltecas, pues más del 90% de niños son amamantados durante los primeros tres años de vida.

La Organización Panamericana de la Salud (1993) dice que, aunque los indicadores de mortalidad se han reducido en Guatemala, en relación a América Latina, aún se consideran altas. Las enfermedades infecciosas siguen encabezando las causas de enfermedad y muerte especialmente en los niños, y la desnutrición es el problema común en la mayoría de los niños menores de 10 años, ahora hay que agregar las enfermedades transmisibles la lacra del síndrome de inmunodeficiencia adquirida que hasta abril del 92 existían 257 casos asintomáticos y 30 con linfadenopatía crónica, siendo la región metropolitana la que tiene la mayoría de los casos.

Las Normas Materno Infantil, elaboradas por Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, (1992-1996:28) dice que los guatemaltecos inician su vida marital alrededor de los 17 años y el promedio de hijos por mujer es de 5.5, los promedios más altos se dan en mujeres con menos instrucción especialmente en las áreas rurales.

Mencos (1993:25-56) explica que por la geografía de Guatemala las enfermedades tropicales, entre las cuales están malaria, dengue y oncocercosis, son endémicas en algunas regiones del país. El bocio es otro problema que ha venido aumentando especialmente en adolescentes, esto ha sucedido por la deficiencia del programa de yodización de la sal, pues actualmente sólo el 12.5% de sal satisface las normas de presencia de yodo en cantidades útiles.

El sistema de salud no ha experimentado cambios estructurales en los últimos años. Lo controla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien es el responsable de la salud de toda la población y cabeza del sector que abarca las escuelas encargadas de la preparación a enfermeras y auxiliares de enfermería, así como los centros formadores de técnicos del Ministerio, las comadronas tradicionales, los promotores de salud, los comités de líderes comunitarios y otros grupos de personal voluntario.

Aguilar de Urbina (1994:2), en su reciente exposición realizada en la Comisión Nacional de garantía de la calidad, expresa que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social presta atención a los afiliados y sus familiares dependientes. Las municipalidades son responsables por el suministro de agua potable, la eliminación de desechos sólidos y la disposición de

excretas (en el área rural el responsable es el Ministerio de Salud Pública). Existen otras organizaciones en Guatemala que prestan servicios de salud a la población, tales con Sanidad Militar, la Universidad de San Carlos y sus Facultades de Medicina, Odontología, Farmacia y la Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria. El sector privado compuesto por entidades no lucrativas como la Cruz Roja, La Liga Nacional contra la Tuberculosis, la Liga Nacional contra el Cáncer, el Patronato Antialcohólico, la Liga de Salud Mental y organizaciones religiosas que cubren más o menos el 2% de la población; entidades lucrativas, como hospitales, casas de salud, clínicas y consultorios particulares y las escuelas de medicina y odontología de las universidades privadas.

De los 59 hospitales privados, 35 están ubicados en la ciudad de Guatemala, existen 479 organizaciones no gubernamentales que ejecutan acciones de salud.

Chávez (1993:1-30) indica, que en el desarrollo de la infraestructura se tiende a la descentralización y/o desconcentración del Ministerio de Salud Pública, el ajuste de su estructura organizacional a requerimientos de carácter gerencial y de regionalización; la promoción de los sistemas locales de salud (SILOS) y el fortalecimiento de la capacidad gerencial. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ha adoptado el mismo enfoque a través de la incorporación de acciones de fomento y prevención, la

extensión de la cobertura a nuevos grupos de trabajadores con la estrategia de atención primaria y con disposición para aunar esfuerzos en el trabajo local con el Ministerio de Salud Pública. En 1987 se creó el sistema de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, formado por un consejo nacional y consejos regionales, departamentales, municipales y locales.

Aguilar de Urbina (1994:10) indica que el Ministerio de Salud Pública cuenta con 36 hospitales distribuidos a nivel nacional, de los cuales el 20% son hospitales especializados ubicados en la capital y el 80% es de hospitales generales. El 35% de los hospitales tienen problema de deterioro en la planta física, instalaciones y equipo.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con 32 centros de salud tipo "A" (tienen encamamiento), 188 centros de salud tipo "B" y 787 puestos de salud.

V. MARCO METODOLOGICO

El marco metodológico contiene el procedimiento que se siguió en la elaboración de esta propuesta.

A. REVISION BIBLIOGRAFICA.

Se efectuó una revisión bibliográfica que incluyó aspectos relacionados con la salud, la educación, el ambiente, teorías de salud, modelos de educación para la salud. Todo esto constituye la base del modelo que a continuación propongo.

B. ELABORACION DE LA PROPUESTA.

En las siguientes líneas se da a conocer la propuesta del modelo de educación para la salud. Esta consta de cinco fases, las cuales son: Preparatoria, Diagnóstica, Planificación, Ejecución y Evaluación. En cada una de ellas se explican las actividades que se consideran necesarias, la metodología pertinente para realizar estas actividades, los recursos, el tiempo necesario y para evaluar se utiliza el enfoque de Stufflebeam.

Esta propuesta tiene un punto de inicio, no así uno final, pues se considera necesario un proceso permanente de acción de fomento y protección de la salud, que contribuya al desarrollo integral de los guatemaltecos.

C. CONSIDERACIONES FINALES.

A continuación de la propuesta se dan a conocer las consideraciones que se deben tomar en cuenta para que esta propuesta pueda hacerse efectiva.

VI. PROPUESTA DE MODELO DE EDUCACION PARA LA SALUD

A. OBJETIVOS.

1. Informar acerca de la importancia de la promoción de la salud.
2. Diseñar estrategias propias para satisfacer necesidades sentidas por la comunidad, que permitan obtener una mejor calidad de vida.
3. Valorar la importancia de la participación comunitaria en el desarrollo integral de todos los individuos.
4. Ofrecer lineamientos para la implementación de estrategias preventivas, orientadas a contribuir con la salud integral de los guatemaltecos.

B. CONTENIDOS BASICOS DE LA PROPUESTA DE MODELO DE EDUCACION PARA LA SALUD.

A continuación se dan a conocer los elementos que se considera necesario hacer llegar a la comunidad para satisfacer las necesidades sentidas.

1. Concepto dinámico de la salud. Es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la comunidad.

2. Educación para la salud. Es un proceso de asistencia a la persona individual y colectivamente, de manera que puedan tomar decisiones, una vez que han sido bien informados de las situaciones que afectan a la salud personal y a la de la comunidad. Este proceso tiene dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales que se relacionan con actividades que incrementan la capacidad de las personas para tomar decisiones bien fundamentadas que afectan al bienestar personal, familiar o comunitario.

Una cosa es saber lo que se necesita hacer para mejorar la salud y otra bastante diferente es hacerlo. Los educadores para la salud deben desarrollar un papel en que como profesionales, colaboren en cambiar las condiciones sociales que hacen literalmente enfermar a la gente. No es suficiente que como técnicos se tracen objetivos para que se dé el cambio social, sino que actúen como defensores/facilitadores para las zonas que lo necesitan. Estos profesionales pueden proporcionar los medios para que la gente examine las bases sociales de su vida y trabajo, y ayudarlos a que adquieran condiciones sanas.

Este es un papel sustancialmente diferente al de colocar toda la responsabilidad sobre el individuo para que cambie el comportamiento insano.

La perspectiva ecológica reconoce que los individuos actúan dentro de un contexto social. Los educadores en salud deben ser responsables de proporcionar un rápido acceso a las opciones que promuevan al bienestar y no sólo explicar a la gente qué comportamiento o condiciones serían beneficiosos para su salud. Deben también ayudarlos a actuar para eliminar las condiciones perjudiciales para la salud y sustituirlas por otras que promueven la salud. Como facilitadores, los educadores en salud deben ayudar a los individuos y a los grupos a identificar los problemas de salud en su comunidad. Deben también enseñarles las habilidades organizativas y políticas necesarias para afrontar y mitigar estos problemas.

a. Participación social: es una técnica de trabajo que estimula a que los procesos sociales se den a través de los grupos organizados y hace que todos los sectores ubicados en determinada zona geográfica accione con el fin de resolver los problemas que pudieran existir en dicha zona.

Esta técnica reconoce que las medidas sobre salud a nivel local serán el resultado de una alianza que se negocia continuamente a medida que van cambiando las condiciones. El proceso de participación social tiene como finalidad hacer que las personas se conviertan en elementos protagónicos en la estructuración de su propio futuro. A través de ella se reivindica la participación ciudadana en la definición de prioridades, en la búsqueda de opciones y en la toma de decisiones.

La participación como colaboración de los usuarios es patrocinada y tutelada, en este caso no existe preocupación porque las personas o los conjuntos sociales tengan ingerencia en la conducción y gerencia del proceso, en general se trata de obtener mano de obra u otros recursos baratos o gratuitos.

Como gestión, la participación implica intervención en las decisiones como en la práctica.

Esta participación tropieza con serias barreras para ser practicada en el ámbito de los servicios de salud y esto es porque el modelo hegemónico de la práctica médica se basa en conocimientos sobre los que no admite cuestionamientos acerca de la salud/enfermedad. La articulación de los intereses políticos, técnicos y administrativos que se dan en los servicios, genera

estructuras rígidas y resistentes a la innovación y el cambio, principalmente cuando se ve afectada por la distribución tradicional del poder, centrado en el dominio del personal médico.

La autogestión constituye una forma de participación independiente de la voluntad institucional. Ella puede surgir de procesos inicialmente tutelados que avanzan hacia la autonomía, sea a través de la promoción de quien ejercía la tutela o como lucha de los tutelados para alcanzar autonomía.

En la negociación, la población es responsable casi en su totalidad de que los servicios sean eficientes.

Roux (1991:10) puntualiza que el autocuidado y los hábitos saludables, quedarían a cargo de la población.

b. Desarrollo intersectorial. Este facilita que se manifiesten las circunstancias que favorecen la generación de espacios de concertación y permite promover la participación social para impulsar la articulación entre los diversos sectores, al mismo tiempo que se fortalece un pensamiento intersectorial e integral entre los diferentes actores sociales con cuota de poder, involucradas en la toma de decisiones sobre políticas, estrategias, planes y programas, tanto del sector salud como de los sectores que

intervienen. El desarrollo intersectorial es resultado de las relaciones que se establecen entre los distintos sectores económicos y sociales.

En un sentido más limitado es producto de la coordinación de esfuerzos entre órganos de gobierno y de la articulación de vínculos entre sectores. Desde el punto de vista del sector salud, la participación activa en la acción intersectorial es condición indispensable para que su propuesta de desarrollo se integre con la acción de los otros sectores en las fases de establecimiento de políticas, preparación de proyectos, programas, modelos de su ejecución y evaluación.

C. PROCESO DE LA PROPUESTA.

El modelo que propongo consta de cinco fases:

1. Fase preparatoria.
2. Fase diagnóstica.
3. Fase de planificación
4. Fase de ejecución.
5. Fase de evaluación

Para una mejor comprensión se describen a continuación las fases del mencionado proceso.

1. Fase preparatoria. Aquí el educador para la salud tendrá su primer contacto con la comunidad y utilizará la observación como instrumento principal para identificar al recurso humano y no humano con que cuenta. APENDICE A (Ficha de observación).

La aplicación de este instrumento brindará al educador para la salud una visión generalizada de la comunidad donde trabajará y facilitará su integración en el contexto para realizar sus acciones.

El siguiente paso es reunir a todo el recurso humano que se crea que puede funcionar como facilitador en salud con el objeto de conocer su disponibilidad de trabajar con la comunidad.

Se realizará una segunda reunión, ahora ya sólo con las personas que estén dispuestas a trabajar y a ellos se les pasará un pre-test en forma escrita para los alfabetos y verbal para los analfabetos. APENDICE B (Pre-test) Este pre-test lleva como objeto conocer el nivel de conocimiento que tienen las personas sobre salud y cuales son las expectativas que tienen para su vida y la de su comunidad.

El educador para la salud analizará los datos y reforzará en los aspectos que considere necesarios utilizando diferentes metodologías didácticas. Los contenidos serán impartidos de la manera siguiente:

a. Metodologías didácticas.

-Seminario taller: en donde además de darles elementos teóricos, se les da la oportunidad de que pongan en práctica esta teoría.

-Conversación didáctica: el educador para la salud compartirá con los facilitadores los temas que considere necesarios en forma de conversación en donde ellos sean quienes aporten la mayor parte de la enseñanza y puedan descubrir el nivel de conocimiento que tengan sobre el asunto y adquirir lo que necesitan.

b. Recursos:

Los recursos que se utilizarán son:

Humanos:

-Profesional de educación para la salud.

-Profesionales en el área de salud.

Médicos salubristas.

Enfermeras graduadas.

Técnicos en salud.

Auxiliares de enfermería.

-Profesionales de la ciencia pedagógica.

-Comunidad:

Líderes comunitarios.

Comadronas tradicionales.

Promotores de salud.

Materiales:

- Un salón para reuniones, (escuela, municipalidad u otro)
- Sillas o escritorios.
- Pizarra.
- Hojas de papel bond.
- Ficha de observación.
- Pre-test.

c. Tiempo:

Esta etapa preparatoria tendrá una duración de cuarenticinco días. Se reunirán periódicamente para tratar temas de común importancia para solucionar sus dudas e inquietudes dentro del grupo.

d. Evaluación:

Al finalizar esta fase, el educador para la salud tendrá que conocer las destrezas de los facilitadores de la educación para la salud. También se habrá logrado un cambio de actitud, conducta y conocimiento en ellos.

2. Fase Diagnóstica.

Esta fase tiene como objeto tener una visión real de la situación de la comunidad. En este momento el profesional de educación para la salud ha conformado un equipo que lo llamaremos facilitadores de educación para la salud. Ellos trabajarán con la comunidad con la guía del profesional de educación para la salud. Ellos tendrán a su cargo lo siguiente:

a. Actividades

Los facilitadores de educación para la salud deben unir esfuerzos y elaborar el diagnóstico de la comunidad. Esto se podrá hacer después de recolectar los datos, tabularlos y analizarlos.

b. Metodología de recolección de datos y análisis de

los mismos. Se utilizará una ficha de observación para recolectar los datos generales de la comunidad. APENDICE C (Ficha de Observación Sistemática). Se empleará al mismo tiempo una entrevista estructurada: APENDICE D (Entrevista Estructurada). Esto lo ejecutarán los facilitadores de educación para la salud, organizados por sectores para cubrir por familias a toda la comunidad y así obtener de fuente directa la información. APENDICE E (Ficha de Observación Por Sectores). Como fuentes indirectas se revisarán archivos y otros documentos que permitan conocer las tasas de morbilidad, mortalidad y las principales causas de las mismas. Así como el número de nacimientos que ocurre y el número de emigrantes e inmigrantes. APENDICE F (Formato Para Recolectar Datos Indirectos).

Con el fin de tomar decisiones objetivas se usará el estudio de casos, debido a que se requiere la adopción de una o varias decisiones en medio de un contexto ambiental. Se utilizarán los siguientes pasos: identificación del problema principal y de los secundarios, análisis del medio

identificación de alternativas, evaluación de las mismas, todo lo cual proporciona información para el planteamiento y análisis de alternativas de solución para resolver la problemática encontrada.

Luego deben tabular todos los datos, analizarlos y elaborar el diagnóstico.

c. Recursos:

Humanos:

- Facilitadores de la educación para la salud
- Comunidad.

Materiales:

- Instrumentos de recolección de datos
- Papel para tabular.
- Computadora o máquina de escribir.

d. Tiempo: se calcula que el diagnóstico estará elaborado después de cuarenticinco días de iniciado el proceso. Este tiempo es aproximado, pues dependerá de factores ambientales y grupales para que esto se cumpla.

e. Evaluación: esta fase se considera finalizada cuando el diagnóstico de la comunidad esté concluido.

Este diagnóstico dará el contexto de la situación de la comunidad, tanto al educador como a los facilitadores en educación para la salud.

3. Fase de planificación:

En este momento ya se tiene la visión real de la situación de la comunidad y en esta fase se planifican las acciones a seguir para resolver la problemática encontrada. Ya hecho el diagnóstico entonces los facilitadores se reunirán con el profesional de educación para la salud y realizarán lo siguiente:

a. Actividades: los facilitadores se separarán en grupos y cada uno de estos grupos tomará una situación o más de una, dependiendo de las necesidades encontradas.

-Cada grupo decidirá las acciones necesarias que se desarrollarán.

-Describirán la metodología, los recursos y el tiempo que consideren pertinente.

- Cuando todos los grupos hayan terminado su trabajo deben nombrar representantes para así unirse todos ellos e integrar en uno solo, el producto obtenido de cada grupo.

-Todo esto debe vaciarse en un formato de plan general de acción para luego elaborar un programa de educación para la salud APENDICE G (Formato de Planificación) y APENDICE H (Formato de Programa Educativo), que permita visualizar las acciones, el tiempo en que se realizarán estas acciones, la forma en que se realizarán y en quién recae la responsabilidad directa.

-Este programa debe ir evolucionando constantemente, de manera que dirija acciones que permitan la permanencia de una educación para la salud, hasta que llegue el momento en que sólo sean acciones de fomento y promoción de la salud, porque la población está suficientemente educada.

-Ese programa debe integrar en sus acciones tres factores esenciales "medio ambiente", "estilo de vida" y "biología humana".

-Los facilitadores deben tener un pensamiento futurista y hacer que la comunidad desarrolle también este pensamiento,

-Los facilitadores deben estar dispuestos a los cambios, de manera que esta apertura permita a la comunidad un desarrollo integral.

-Los facilitadores deben emplear estrategias que permitan el enriquecimiento constante de la comunidad .

b. Metodologías didácticas:

Metodología participativa.

Las anteriores actividades nos llevan a utilizar la metodología participativa, pues esta permite que todos los involucrados sean críticos y creadores. Esta metodología lleva implícita la participación de todos los interesados en forma integrada, armónica y coherente, de manera que su participación sea, tanto en la operacionalización, como también en el momento de la toma de decisiones.

c. Recursos:

1) Humanos:

- Profesional de educación para la salud.
- Facilitadores en educación para la salud.
- Comunidad.

2) Materiales:

- Salón.
- Mesas.
- Sillas.
- Papel.

3) Financieros.

d. Tiempo:

Este dependerá del número de situaciones que se resolverán y del número de personas involucradas; sin embargo, se calcula que se realice la planificación en treinta días.

e. Evaluación:

La comunidad guiada por los facilitadores en educación para la salud tendrá que haber elaborado un programa educativo que conlleve un proceso y que refleje el sentir de los miembros de la comunidad.

4. Fase de ejecución.

En esta fase los facilitadores se dirigirán a poner en práctica todo lo planificado a través de las siguientes actividades:

a. Actividades.

-Se convocará a toda la comunidad para darles a conocer el diagnóstico de salud.

-Se separarán por grupos de acuerdo al número de facilitadores y participantes.

-Cada facilitador explicará, a su grupo todo el procedimiento ocurrido hasta llegar a exponer el diagnóstico.

-El facilitador explicará el planeamiento elaborado y estará dispuesto a recibir observaciones, críticas y cuando sea necesario, también responderá a inquietudes.

-Si los miembros de la comunidad muestran mucha discrepancia en la información que presentan, el proceso deberá regresar hasta el punto donde ellos estén de acuerdo.

-Si la comunidad está de acuerdo con todo esto, se pasará a organizarse para trabajar en la resolución de los problemas que reveló el diagnóstico.

-Se organizarán nuevos grupos, a cargo de un facilitador, cada grupo decidirá su forma de organización y elegirá un representante que se reunirá periódicamente con los otros delegados.

-Se realizarán periódicamente reuniones generales con toda la comunidad, o como lo determine el grupo, estas reuniones serán dirigidas por los representantes de cada grupo.

-Cuando las acciones que la misma comunidad haya propuesto se vayan agotando porque los problemas se van resolviendo, se pasará a la etapa de prevención.

- Dentro de toda la ejecución, los facilitadores estarán dando educación para la salud, pero con énfasis en la resolución de problemas. Cuando el proceso llegue a la etapa de prevención, el facilitador de hecho tendrá más campo para dar educación porque las acciones serán encaminadas a que la misma comunidad prevenga los posibles problemas sin necesidad de llegar a la etapa curativa.

-Los representantes de cada grupo se reunirán con los facilitadores e irán renovando el plan de acuerdo a sus necesidades e intereses. APENDICE I.

b. Metodología didáctica:

-Conversación didáctica es el procedimiento directo de educación para la salud más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupos, debido a que permite un buen acercamiento del que habla con el auditorio. Se utiliza para dirigir temas a grupos sociales organizados en la comunidad como: asociación de padres, asociación de vecinos, entidades cívicas y culturales.

En la planificación y realización de las charlas deben tenerse muy presentes los siguientes puntos para que la acción educativa sea eficaz.

La conversación debe ser promocionada por el propio grupo social al que va dirigida, a través de sus líderes.

Si la plática se promueve desde un organismo oficial, sin contar con los líderes de la comunidad, difícilmente tendrá éxito. Los líderes tienen capacidad de convocatoria y de organización para reunir grupos, además sin su apoyo puede ser que los mensajes no sean aceptados.

c. Recursos:

1) Humano:

- a) Educador para la salud.
- b) Facilitadores de la educación para la salud.
- c) Miembros de la comunidad.

2) Materiales:

- a) Un salón.
- b) Sillas.
- c) Mesas.
- d) Pizarrón.
- e) Papel y lápiz.

d. Tiempo: En esta fase no puede delimitarse un tiempo porque todo dependerá de la naturaleza de los problemas que se resolverán y la participación de la comunidad. Sin embargo, para la primera etapa de esta fase se sugiere cuatro meses, no así para la segunda que se considera un proceso permanente.

e. Evaluación: La misma comunidad será la promotora, ejecutora y beneficiaria del planeamiento. Será necesario

detenerse a evaluar periódicamente, y hacer el seguimiento para que las acciones continúen y pasen al nivel de fomento y prevención de la salud.

Los facilitadores en educación para la salud deberán seguir con la comunidad toda la ejecución con la precaución de no imponer ideas, sino más bien de proporcionar un ambiente en donde la comunidad tome sus decisiones.

5. Fase de Evaluación.

Cada una de las fases que anteceden a ésta tienen su propia evaluación, y como se dijo antes, en esta propuesta se estará utilizando el modelo de Stufflebeam, que está centrado en la toma de decisiones. Este enfoque indica un proceso de obtener y proporcionar información útil para juzgar alternativas utilizando la recolección organizada de información, el análisis de los datos y la divulgación de esos resultados.

En el transcurso de esta propuesta se utilizará los tipos de evaluación de contexto, insumo, proceso y en la presente fase de producto, lo cual se podrá visualizar a la luz de lo siguiente:

a. Actividades: los representantes de cada grupo y los facilitadores de educación para la salud se reunirán cuando consideren que finalizó la primera etapa de la fase de ejecución, y analizarán en qué medida se han alcanzado las

metas que en el programa educativo fueron propuestas. Luego se convocará a una reunión general a la comunidad para darle a conocer en qué medida fueron alcanzadas las metas propuestas en el programa educativo.

La comunidad analizará esta evaluación, si están de acuerdo, esta primera parte concluirá aquí y si no fuere el caso, se reiniciará el proceso de evaluación.

Después de analizada la evaluación se procederá a planificar el proceso de seguimiento de las acciones, con el fin de no perder la secuencia del trabajo ya realizado, para lo cual se propone una metodología participativa.

APENDICE I (Formato de Evaluación).

b. Metodología: se sugiere utilizar el método de Reflexión-Acción. Este indica un proceso de análisis sobre lo acontecido. Deben retomarse los objetivos que fueron alcanzado sólo parcialmente y en el peor de los casos que no fueron alcanzados para replantearlos y decidir las acciones pertinentes.

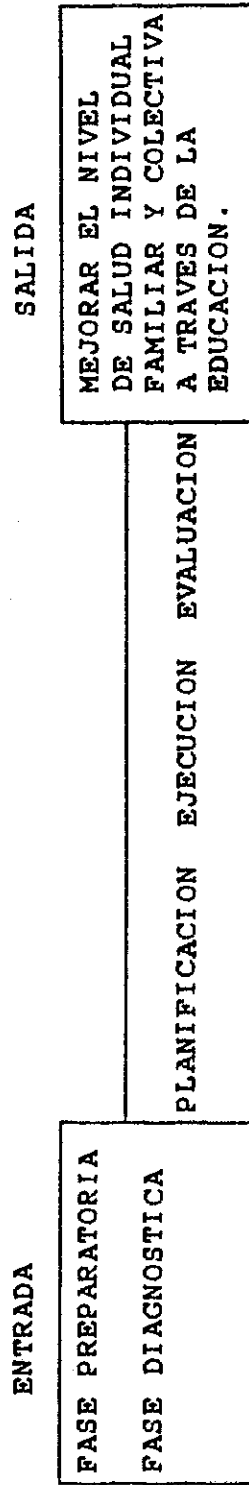
c. Recursos:

- 1) Humanos:
 - a) Educador par la salud.
 - b) Facilitadores.

- c) Comunidad.
- 2) Materiales:
 - a) Salón.
 - b) Sillas.
 - c) Mesas.
 - d) Pizarra.
 - e) Papel y Lápiz.
- 3) Financieros.

d. Tiempo: la evaluación es un proceso continuo, y de hecho en este modelo se visualiza en cada fase. Sin embargo, para esta última parte se considera necesarios quince días, aproximadamente. Con la aclaración que la evaluación es continua y se debe llevar a la par del programa que se elabore.

MODELO DE EDUCACION PARA LA SALUD



En este cuadro puede visualizarse el proceso del modelo de Educacion para la salud en forma grafica.

VII. CONSIDERACIONES FINALES.

- A. Guatemala es un país en vías de desarrollo, por lo que es necesario implementar modelos relevantes que contribuyan al desarrollo del país.
- B. La mayoría de la población de Guatemala es de escasos recursos y, por lo tanto, debe utilizar correctamente los pocos con que cuenta, a través de acciones dirigidas a encontrarle solución a la problemática que no permite el desarrollo integral de los habitantes.
- C. En Guatemala, el número de profesionales en Educación Para la Salud es muy reducido, por lo que se hace necesario que ellos preparen a otras personas de la comunidad para que operacionalicen las acciones que conduzcan a alcanzar el bienestar integral y a mantener y fomentar la salud.
- D. Se considera que la adopción del modelo que se propone permitirá concientizar y responsabilizar a la comunidad de las acciones necesarias para responder a las necesidades sentidas por ella misma, utilizando sus propios recursos.

- E. Se considera que el modelo debe ser adaptado a la idiosincrasia de la comunidad que lo implemente.
- F. Entre las condiciones necesarias para la implementación del modelo está contar con un educador para la salud.
- G. El modelo de educación para la salud que se propone es una de las alternativas para iniciar la resolución de los problemas de salud de la población guatemalteca.
- H. La prevención de enfermedades y la conservación de la salud en los individuos es indispensable para que las comunidades se desarrollen integralmente.

VIII BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

A. Bibliografía Básica.

1. Aguilar de Urbina, A. Garantía de la Calidad.
1994 Guatemala. Conferencia dada en México. 25p
2. Azurdia, José Rogelio. Aspectos Generales Sobre la Metodología Participativa. San José de Costa Rica, Editorial Luama. 180pp.
3. Bowen, James. Teorías de la Educación. Mexico, 1990 Editorial Prinomex. 517pp.
4. CEPAL. Estrategias Alternativas de Desarrollo para América del Sur. Washington D.C., ISBN. 1987 97pp.
5. Chávez, Hugo. Situación de Salud de Guatemala. 1993 Documento Resumen, Guatemala. 52pp.
6. Correl, W. El Aprender. Barcelona, Herder. 49pp. 1970
7. Crittenden, P.J. Education and Society. Nueva York, 1973 Century Publication, Melbourne. 520pp.
8. Dewey, John. Democracy and Education. Nueva York, 1981 Mac Millan. 387pp.
9. Fabián Castellanos, Edda. Economía de la Educación. 1991 Compilación del curso dado en la Facultad de Educación en la U.V.G., Guatemala.
10. Feroso Estébanez, Paciano. Teoría de la Educación. 1985 México, Trillas. 268pp.
11. Gagné, Rodrigo. Las Condiciones del Aprendizaje. Madrid. Aguilar. 89pp.
12. Galo de Lara, C. María. Situación y Destrezas Didácticas. Guatemala, Editorial Piedra Santa. 87pp.
13. Gallardo, Leonel. Planificación y Desarrollo de Proyectos Comunitarios. Guatemala, 1982 publicado por el Instituto de Nutrición de C.A. y Panamá.

14. Gehler Mata. Situación Materno Infantil en Guatemala.
1985 Guatemala. 68pp.
15. Guerra, Carlyle. Salud y Desarrollo. San José, Costa
1991 Rica, II Foro. 25pp.
16. Guzmán, David. Bases para la organización y el
1991 desarrollo de distritos de salud. San José,
Costa Rica, editado por OPS. 42pp.
17. Henderson, Arthur. The future of the health education
1981 profession. Washington, Public health. 601
pp.
18. Hernández Ruiz, Santiago. Pedagogía Natural. México,
1960 Utwh. 109pp.
19. Howie. Educational Thinkers Science. Londres, Collier
1968 Macmillan. 400pp.
20. Ibáñez, Ricardo. La Creatividad en la Educación.
1974 Argentina, Editorial Kapeluz. 150pp.
21. Illich, Ivan. Deschooling Society. Nueva York,
1971 Educational Review. 717pp.
22. Instituto de Nutrición de C.A. y Panamá. Avances en
1989 Supervivencia Infantil. Publicado en
Guatemala por ellos. Vol. 7.
23. Instituto Nacional de Estadística. Censo. Guatemala.
1994 29pp.
24. Kelly, John. A practical guide for interventions.
1988 Nueva York. Springer. 25pp.
25. Lemus, Luis Arturo. Didáctica General. Guatemala,
1990 Editorial Sofarma. 193pp.
26. Llerena, M. Experiencia en Educación Permanente de
1990 Personal de salud. Bolivia. Editado por
Educación Médica y salud. 55pp.
27. Macedo, Efrain. Salud en el Desarrollo. San José de
1991 Costa Rica, Documento editado por OPS. 59pp
28. Mencos, Francisco. Enfermedades Tropicales en
1993 Guatemala. Documento producto de
investigación dirigida por la U.S.A.C.,
Guatemala.

29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
1992 Normas Materno Infantil 1992-1996, Guatemala.
88pp.
30. Montepeque, Miguel Angel. Repunte del Cólera en
1992 Santiago Atitlán. Guatemala, publicado por
el diario Siglo Veintiuno.
31. Montesinos, Hugo. Modelos. Madrid, Castejón.. 31pp.
1991
32. Mujica, Margarita. Teorías y Modelos de Enfermería.
1985 Madrid. EPA. 72pp
33. Nutbean D. Glosario de Promoción de la Salud.
1989 Andalucía. Edita Consejería de Salud
CONTADORA. 16pp.
34. O.M.S. La Promoción de la Salud. Copenhague. 12pp.
1946
35. _____ . Documento Informativo sobre Conceptos de
1971 Principios y Promoción de Salud. Andalucía,
Edita Consejo de Salud de CONTADORA,
documento de apoyo No.7 para el curso de
capacitación de docentes en Salud.
36. _____ . La Investigación Participativa. Colombia,
1981 CEREC 78PP.
37. _____ . Nuevos métodos de educación sanitaria en
1983 atención primaria de salud. Ginebra. Serie
de informes técnicos. 690pp.
38. _____ . Report of regional Scientific group on
1987 district Health systems. Zimbabwe. 590pp.
39. _____ . Bases Metodológicas Para La Educación
1989 Permanente Del Personal de Salud. Madrid,
Akal. 39pp.
40. _____ . Modelos Teóricos en Educación Para la Salud.
1990 Nueva York. Artículo General. 45pp.
41. _____ . Promoción de la Salud. Copenhague. 48pp.
1992
42. O.P.S. Evaluación Para el Planeamiento de Programas
1990 de Educación Para la Salud. México Serie
Paltex No. 18.

43. _____ . Trabajo y Educación En Los Servicios de Salud. Serie Educación Médica y Salud Volumen 27, Washington. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. 230pp.
1993
44. Orem, Dorothea Nursing. Concepts of Practice. Nueva York Segunda edición. 32pp.
1980
45. Parcel, C. Social Learning theory and health education. Columbus, health. 89pp.
1981
46. Pineda, Eliab. Mecanismos para el monitoreo de los procesos educativos en los servicios de salud. Tegucigalpa, Honduras. Universidad Autónoma de Honduras. 89pp.
1960
47. Polaino Lorente, Aquilino. Educación Para La Salud. Barcelona, España. Editorial Herder. 408pp.
1987
48. Poletti, Rossetti. Cuidados de Enfermería, Tendencias y Conceptos. Barcelona. Rol S.A. 49pp.
1980
49. Preciado, Juan. Modelo Precede. Barcelona, Compendio de Modelos. 35pp.
1990
50. Roux, Benjamín. Educación Para la Salud. Israel.
1991 65pp.
51. Salleras Sanmartí, Luis. Educación Sanitaria. Madrid, España. Editorial Díaz de Santos S.A. 268pp.
1985
52. San Cristóbal, A. Filosofía de la Educación. Madrid, Rialp. 105pp.
1965
53. San Martín, H. Salud Comunitaria, Teoría y Práctica. Madrid, Díaz. 59pp.
1984
54. SEGEPLAN. Reporte general, Guatemala 75pp.
1988
55. _____ . Informe. Guatemala. 32pp.
1989
56. _____ . Plan de Acción de Desarrollo Social. Resumen, Guatemala.
1992

57. Seminario de Enfermeras Materno Infantil. Problemas Principales de la Población Materno Infantil. Publicado por la Escuela de Educación Continua del Ddpt. de Enfermería. 1992 150pp.
58. Stufflebeam, Daniel. Educational Evaluation and Decisión Making. Nueva York. Peacock Publisher. 1971 78pp.
59. Terris, M. La Revolución Epidemiologica y la Medicina Social. Barcelona. Siglo XXI, editores. 1980 98pp.

B. Bibliografía Complementaria.

1. Actualidad Gerencial. Massachusetts, Estados Unidos, 1974. Publicación por la Agencia de Desarrollo Internacional. Documento No.1 Vol. 3.
2. Aldana de Insausti, Aida. Educación y Desarrollo. 1991. Compilación del curso dado en la Facultad de Educación, de la U.V.G., Guatemala.
3. Alvarez, Rodrigo. Tecnología Educativa. Costa Rica, 1985. Imprenta de PASCAP. 90pp.
4. Antonovski, A. The Science of Coherence Determinant of Healt. Beer-Sheva (Israel). Ben Gurion. 1984 198pp.
5. Arakelian, M. Advances in Nursing Science. Washinton, 1980. Basic Bookss. 60pp.
6. Ardoino, Josué. The Handbook of Education. Germania, 1978. Aspen Systems corporation. 150pp.
7. Baker, Bill. Como Enseñar a mi Hijo. Madrid. Espasa. 1978 89pp.
8. Bandura, A. Social Theory Learning. España. Englewood Cliffs. 1977 205pp.
9. _____ . Teoría del Aprendizaje Social. Madrid, 1982. Espasa. Calpe. 58pp.
10. Becker, M.H. Healt Education Monographs. Buenos Aires, 1974. Lidium. 205pp.

11. _____ . Selected Psycho Social Models and correlates of individual healt related behaviurus.
1975 Aregentina, Med Care. 70pp.
12. Best and Steffy, R. Smoking Modification Procedures 1985 for Internal and External Locus of Control.
Madrid, Behav. 165pp.
13. Brown, Jonh. An Incentive-based Employers Fitness Program. Washington, Healt. 103pp.
14. Cael, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala.
1978 Compilación Crítica, Guatemala 4 Vol.
15. Campos, Cecilia. Teoria de Autocuidado. Sintesis de la Teoría de Dorothe Orem, elaborado por los cursos pos-básicos de enfermeras materno infantil en Chile, publicado por la Escuela de Educación Continua de Enfermería de Guatemala.
1988
16. Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Tendencias Actuales en Educación Sanitaria. Barcelona, 239pp.
1987
17. Crittenden, P.J. Education and Society. Nueva York, Century Publication, Melbourne. 520pp.
1973
18. Dabbs, Josúe. Internal Control and Taking of Influenza Shots. Buenos Aires, Psich. 965pp.
1971
19. Diccionario Enciclopédico. Barcelona España, 12a Edición, Editorial Ramón Sopena. 4 Vol.
1969
20. Dirección General de Servicios de Salud. Estudios sobre morbilidad y mortalidad. Guatemala. 48pp.
1990
21. Domínguez, Emma. Propuesta de un Modelo Para Evaluar una Institución que apoya al Desarrollo Comunitario. Trabajo Profesional presentado para optar al grado académico de Maestría en Administración Educativa. Universidad Del Valle de Guatemala. 180pp.
1990
22. Fernández, Rolando. Evaluación Conductual, Metodología y Aplicaciones. Madrid, Pirámide. 125pp.
1981
23. Green, L.M. Determining The Impact and Affectiveness of healt education. Madrid, Contract. 112pp.
1976
24. Hallal, J.C. The Relations Concept To Practice. London, Nursing reseach. 159pp.
1982

25. Hammond, Eliu. Factors in the Etiology. Copenhagen. 1969 Health. 189pp.
26. Hochbaum, G. Public Participation in Medical Screening Programs. Washington D.C., Outside. 1985 572pp.
27. Leddy, Pepper. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Filadelfia, Estados Unidos, 1989 Editorial Lepinott.
28. Levenson, P. Disparities in Disease-related Perception of adolescent. Nueva York, Health. 1974 590pp.
29. Lodge, Platus. Theory of Education. Londres, Kegan Paul. 1947 525pp.
30. Oficina Regional Europea de O.M.S. edita el documento, 1984 La Promoción de la Salud Conceptos y Principios. Copenhagen, Dinamarca.
31. Purcallas, Daniel. Transformación Estratégica en Recursos en Salud. San José, Costa Rica. 1992 Publicación de PASCAP, O.P.S. y O.M.S. 312pp.
32. Ramirez Motta, María Eugenia. Metodología de la Investigación Educativa. 1992 Compilación del curso dado en la Facultad de Educación de la U.V.G.
33. _____. Evaluación II. 1993 Compilación del curso dado en la Facultad de Educación, Universidad del Valle de Guatemala.
34. Sazo de Méndez, Eva. Trabajos de Campo II y III. 1992 Compilación de los cursos dados en la Facultad de Educación de la U.V.G.
35. Scott, Patrick. Introducción a la Investigación y Evaluación Educativa. 1988 Manuales Universitarios, Serie Investigación del Instituto de Investigaciones y Mejoramiento Educativo. Guatemala, Publicado por la Universidad de San Carlos de Guatemala. 147pp.
36. Skinner. Educational Theory. Londres, Berkely. 1972 158pp.
37. Simonds, J. Education and Work. Barcelona, ATPH, 198pp 1976

38. Turnbull, E. Effects of Basic Preventive. Canadá, 1978 Research. 109pp.
39. Veenker, H. Synthesis of Research in Select Areas of Health Instruction. Washington D.C. National Education Association. 78pp.
40. Winslow, C. The Programa a Developmental Aprooach to Helth Education. London, Preventive Medicine. 400pp.
41. Zapca, J. Collection the Education and Monographs. 1982 Oakland. Third Party Press. 59pp.

APENDICE A

FICHA DE OBSERVACION.

FECHA EN QUE SE ESTA UTILIZANDO _____

NOMBRE DE LA COMUNIDAD _____

UBICACION GEOGRAFICA _____

NUMERO DE HABITANTES DE LA COMUNIDAD _____

CLIMA QUE PREDOMINA _____

RECURSOS MATERIALES CON LOS QUE CUENTA:
DEL ESTADO _____

PRIVADOS _____

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES _____

LA COMUNIDAD _____

PROFESIONALES DE LA COMUNIDAD:
DE SALUD _____

DE EDUCACION _____

DE ECONOMIA _____

OTROS _____

LIDERES DE LA COMUNIDAD:

NUMERO DE LIDERES COMUNITARIOS _____

NUMERO DE COMADRONAS _____

NUMERO DE PROMOTORES EN SALUD _____

NUMERO DE MAESTROS _____

ALCALDE AUXILIAR _____

PRE-DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DE LA COMUNIDAD.

APENDICE B

Pre-Test

Por favor conteste las siguientes preguntas. Si usted tiene alguna duda pregunte al profesional de educación para la salud.

No hay necesidad que escriba su nombre, porque esto se utilizará únicamente para averiguar qué necesita aprender el grupo.

1. Ha enseñado usted alguna vez algo sobre salud?

Si _____ No _____.

2. Si su respuesta fué sí, escriba brevemente a qué tipo de personas.

3. Cúal fué el ultimo grado que cursó?

4. Ha recibido usted alguna orientación para enseñar sobre temas de salud?

Si _____ No _____.

5. Si la respuesta fué sí, escriba qué tipo de orientación recibio.

6. Cuánto tiempo tiene usted de conocer esta comunidad?

7. A su criterio cuáles cree usted que son los problemas generales de esta comunidad.

8. Qué soluciones propone usted para ellos?

9.Cuál cree que sería su papel en esas soluciones?

10. En qué tiempo cree usted que podrían resolverse estos problemas?

APENDICE C

FICHA DE OBSERVACION SISTEMATICA.

1. Nombre de la familia: _____

2. Dirección del domicilio: _____

3. Tipo de vivienda:
Casa separada. _____
Casa mancomunada. _____
Habitación alquilada. _____

4. Ambientes físicos con que cuenta la casa:

5. Describa el ambiente higiénico que se observa en la casa.

6. Servicios básicos con que cuenta la familia:
Aqua potable _____
Energía eléctrica _____
Drenajes _____
Alcantarillado _____
Otros. _____

7. Características de la familia.
Indígena. _____
No Indígena _____

APENDICE D

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

I. DATOS GENERALES.

1. Nombre de la familia: _____

2. Dirección del domicilio: _____

3. Descripción de edades.
Padre: _____
Madre: _____
Hijos: _____ Masculinos: _____ Femeninos: _____
Otros: _____

II. ACTIVIDADES GENERALES A QUE SE DEDICAN.

1. Qué tipo de actividad desempeñan:
Padre: _____
Madre: _____
Hijos: _____
Otros: _____
2. A qué se dedican? _____

III. HABITOS HIGIENICOS.

1. Cuáles son los hábitos alimenticios que practican?

2. Cuáles son sus actividades de recreación?

3. Dónde desechan sus basuras:
Servicio municipal _____
Servicio particular _____
Otro (describa donde) _____

4. Cuál es su fuente de abastecimiento de agua?

5. Qué tipo de servicio sanitario utilizan?

IV. SITUACION DE SALUD

1. Cuáles son las enfermedades más frecuentes en la familia? _____

2. Cuando se enferman a dónde consultan regularmente?

Puesto de salud _____

Centro de salud _____

Hospital _____

Farmacia _____

Otros. (especifique) _____

APENDICE E

FICHA DE OBSERVACION, POR SECTORES.

Cada facilitador de educación para la salud, vaciará los datos de su sector en esta ficha.

1. Clima:

Frio

Templado

Cálido

2. Costumbres que se pueden observar.

3. Recursos existentes:

Humanos:

Materiales:

APENDICE F

FORMATO PARA RECOLECTAR DATOS DE FUENTES INDIRECTAS. (ARCHIVOS, LIBROS Y OTROS)

En este formato se recolectarán los datos obtenidos de fuentes como archivos, libros y otros documentos que existan dentro y/o fuera de la comunidad. Los datos que se tomarán en cuenta serán los correspondientes a los últimos doce meses.

Será manejado por los facilitadores y educador en educación para la salud.

I. NACIMIENTOS

1. Número de nacimientos ocurridos:
 - a. Femenino:
 - b. Masculino:

II. MORBILIDAD

1. Tasa de morbilidad en la población:
 - a. Menores de 1 año
 - b. De 1 a 5 años.
 - c. De 6 a 14 años.
 - d. De 15 a 34 años.
 - e. De 35 y más.

2. Primeras 10 causas de morbilidad en orden ascendente:
 - a. Menores de 1 año.
 - b. De 1 a 5 años.
 - c. De 6 a 14 años.
 - d. De 15 a 34 años.
 - e. De 35 y más.

III. MORTALIDAD.

1. Número de defunciones totales:
2. Número de defunciones maternas:
3. Número de defunciones perinatales:

4. Primeras 5 causas de defunciones en orden ascendente, debe escribirse el nombre y número:

a. Primera causa: _____

b. Segunda causa: _____

c. Tercera causa: _____

d. Cuarta causa: _____

e. Quinta causa: _____

IV. EMIGRANTES E INMIGRANTES.

1. Emigrantes:

a. Número:

b. Causas:

2. Inmigrantes:

a. Número:

b. Causas:

ANEXO G

FORMATO DE PLANEACION

Los facilitadores planificarán según el siguiente esquema.

- I. Datos Generales: 1. Fecha.
2. Participantes.
3. No. de Familias.

II. Objetivos

PROBLEMA O SITUACION	META	ACCIONES	RESPONSABLE	TIEMPO

APENDICE H

FORMATO DE PROGRAMA EDUCATIVO

Las acciones de este programa serán producto de la planificación, mismas que tendrán que irse ejecutando a la par de este planeamiento (las metas serán derivadas del plan).

Cuando se alcancen las metas propuestas debe renovarse este y programar otras acciones que hagan el seguimiento de los antetiores con mira prospectiva y con el fin de mantener y fomentar la salud.

I. Generalidades: Contexto de la comunidad.
Participantes.

II. Programación

OBJE- TIVO	CONTENIDO	TIPO DE PUBLICO	METODOLOGIA	RESPONSABLE

APENDICE I

FORMATO DE EVALUACION

Este mismo será utilizado en la planeación y en el programa educativo
En la primera columna aparecerá la meta trazada.
En la segunda columna se escribirán los logros obtenidos.
En la tercera columna se escribirán acciones de seguimiento si los logros hubieran sido totales o se retomarán algunas si los logros fuerán parciales.
En la cuarta columna se escribirán las observaciones que se estimen conveniente.

OBJE- TIVO	LOGROS	ACCIONES	OBSERVACIONES