PN-ABP-940

AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
PPC/CDIE/DI REPORT PROCESSING FORM

ENTER INFORMATION ONLY IF NOT INCLUDED ON COVER OR TITLE PAGE OF DOCUMENT

1. Project/Subproject Number	2. Contract/Grant Number	3. Publication Date
931-1018	DPE-5984-Z-00-9018-00	12/86

4. Document Title/Translated Title

Integrando Temas en la Educacion Para la Salud: Una Experiencia de Honduras

5. Author(s)

1. Ministerio de Salud Publica de Honduras
2.
3.

6. Contributing Organization(s)

Academy For Educational Development (Healthcom Project); Ministerio de Salud Publica de Honduras, Division de Educacion del Ministerio de Salud

7. Pagination	8. Report Number	9. Sponsoring A.I.D. Office
42		Bureau for R&D/Office of Health

10. Abstract (optional - 250 word limit)

11. Subject Keywords (optional)

1.
2.
3.
4.
5.
6.

12. Supplementary Notes

13. Submitting Official	14. Telephone Number	15. Today's Date
Willard Shaw	(202)869-1919	6/22/93

********** DO NOT write below this line **********

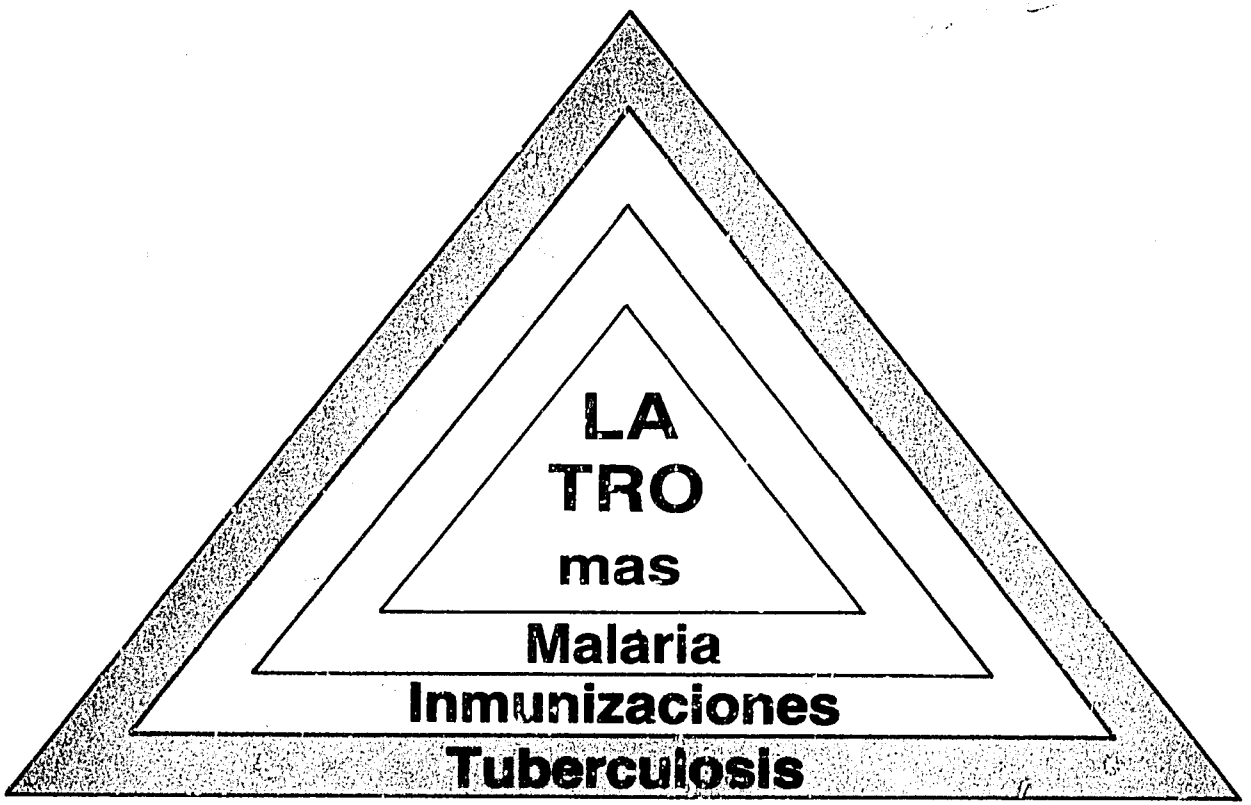
16. DOCID	17. Document Disposition
	DOCRD [ ] INV [ ] DUPLICATE [ ]

AID 590-1 (10/88)

PN-ABP 940

INTEGRANDO TEMAS EN LA EDUCACION PARA LA SALUD

Una Experiencia de Honduras



Indice

1 INTRODUCCION

ANTECEDENTES
OBJETIVOS
MODELO METODOLOGICO
ORGANIZACION OPERATIVA
CAPACITACION DEL EQUIPO-DIVISION DE EDUCACION
CRONOGRAMA DE TRABAJO

2 LAS CAMPAÑAS DE COMUNICACION EDUCATIVA:

MALARIA
CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS
TUBERCULOSIS
INMUNIZACIONES

3 RESULTADOS:

A NIVEL DE LA POBLACION
A NIVEL INSTITUCIONAL

4 UN PASO ADELANTE: LO QUE APRENDIMOS

ANEXO: CUADRO DE LOS MATERIALES PRODUCIDOS DURANTE EL PROYECTO.

1 Introducción

ANTECEDENTES:

El Ministerio de Salud Pública de Honduras llevó a cabo, entre 1980 y 1983, el Proyecto de Comunicación Masiva aplicado a la Salud Infantil (PROCOMSI), mediante el apoyo financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), quien contrató para la labor de asesoría técnica a la Academia para el Desarrollo Educativo (AED)

Concretamente dicho proyecto fue financiado por la Oficina de Educación y la Oficina de Salud del Departamento de Ciencia y Tecnología de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (U.S.A.I.D.) y de la Misión de AID en Honduras.

El objetivo de PROCOMSI fue crear, diseñar y probar una metodología de comunicación educativa en salud e institucionalizar su manejo en la División de Educación del Ministerio de Salud.

Esta metodología propone el uso sistemático e integrado de medios masivos tales como la radio y los materiales impresos, junto con la educación interpersonal; todo ello a través de un modelo metodológico basado en la investigación profunda de la audiencia meta, para generar los mensajes educativos a partir de ella, y la aplicación de validaciones de materiales y evaluaciones formativas para readecuar y orientar el proceso educativo, asegurando así un mayor impacto en la población.

Para implementar la Metodología de Comunicación Educativa en Salud se decidió trabajar con uno de los más serios problemas de Salud Pública: las enfermedades diarréicas, es así que el tema elegido fue la introducción de la Terapia de Rehidratacion Oral (TRO) y otra serie de comportamientos en el manejo y prevención de la diarrea infantil, entre las madres hondureñas.

El Proyecto PROCOMSI con sede en la Región Sanitaria No. 1, trabajo, durante sus tres años de operación, en el marco de la División de Educación del Ministerio.

En 1983, las autoridades del Ministerio de Salud y de la Agencia para el Desarrollo Internacional acordaron desarrollar una segunda etapa del proyecto, con el objetivo fundamental de aplicar la metodología educativa diseñada a otros programas prioritarios de salud e institucionalizar su empleo en el marco de la División de Educación para la Salud. Surgió así PROCOMSI-II, cuyo período de vida abarcó desde enero de 1983 a marzo de 1986, aunque desde mayo de 1985 fue formalmente institucionalizada su metodología de trabajo y absorbido su personal por el Ministerio de Salud.

OBJETIVOS:

PROCOMSI, en su primera etapa, probó que la Metodología de Comunicación Educativa diseñada es eficaz para promover la adopción de nuevos conocimientos y prácticas favorables a la salud de la población.

Es así que los objetivos generales de PROCOMSI II pueden resumirse en dos grandes aspectos:

1.- Institucionalizar la Metodología de Comunicación Educativa desarrollada en la primera etapa, aplicándola a otros programas prioritarios del Ministerio de Salud.

2.- Establecer una organización operativa adecuada dentro del Ministerio, encargada del desarrollo y del proceso metodológico. Para lograr esto se definió como el camino adecuado la selección y capacitación del recurso humano.

Las autoridades del Ministerio seleccionaron, de acuerdo a sus prioridades, cuatro programas de salud pública para que se implementaran las respectivas Campañas de Comunicación Educativa. Dichos programas fueron: Control de la Malaria, Control de Tuberculosis, Programa Ampliado de Inmunizaciones y el seguimiento del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas.

De esta manera nos abocamos al diseño e implementación de cuatro campañas educativas, en tres regiones sanitarias del país, para el primer año de trabajo.

EL MODELO METODOLOGICO:

El Modelo de Comunicación Educativa en Salud empleado por PROCOMSI II, integra el uso de medios masivos, particularmente la radio y gráficos con la educación cara a cara. Basa todo el proceso educativo en la investigación de los conocimientos, actitudes y prácticas de la audiencia meta, así mismo en la validación de los conceptos y materiales antes de su producción, distribución y/o difusión y finalmente en la evaluación permanente del impacto que se va logrando, esto con el propósito de ir readecuando todos los elementos del proceso y enfatizar en las necesidades de información que se van detectando en la población, a través de estas consultas periódicas.

Tanto en la investigación de base, como en la validación de materiales y la evaluación formativa se utilizan diferentes técnicas que van desde las puramente antropológicas a las tomadas del campo del mercadeo social; entre ellas podemos mencionar los grupos focales, la observación, las encuestas y las entrevistas abiertas.

A continuación resumimos los diez pasos metodológicos más importantes:

1.- Investigación de Base: Se refiere a la aplicación de diferentes técnicas de investigación social como ser las encuestas, la observación dirigida, las entrevistas abiertas y los grupos focales con el propósito de indentificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación al tema de salud seleccionado, y de esta manera determinar cuales son las necesidades educativas reales de la población.

2.- Definición de los Comportamientos a Cambiar y Contenidos Educativos: Una vez determinadas las necesidades educativas, conocedores de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de la población sobre el tema de salud, se procede a definir los contenidos educativos de la campaña y el perfil del comportamiento ideal que esperamos lograr al final de la misma, esto constituye los llamados objetivos educativos que deben estar enfocados a transmitir información desconocida, reforzar conocimientos y comportamientos favorables a la salud, modificar comportamientos negativos y promover el uso oportuno y adecuado de los servicios de salud.

3.- Formulación del Plan de Trabajo: Para un adecuado desarrollo de las labores de comunicación educativa es preciso e indispensable la sistematización de las mismas en un proceso ordenado, secuencial y continuo. El Plan de Trabajo debe incluir la definición de los problemas educativos, los contenidos y objetivos educativos,

la audiencia meta, los medios de comunicación a emplear, la descripción de los materiales educativos y los sistemas de su distribución, así mismo debe incluir el programa de capacitación dirigido al personal de salud, la explicación del tono de la campaña y la calendarización cronológica de sus etapas.

4.- Diseño de los Materiales Educativos: Para el diseño de los materiales educativos deben tenerse muy claro los mensajes que se transmitirán por los medios correspondientes y en base a esto se determinaron los formatos adecuados.

Para cada mensaje se elaboran varios formatos, que pueden variar en su enfoque y presentación, pero respetando siempre la idea central de los mensajes.

5.- Validación de Materiales: Se realiza mediante instrumentos previamente diseñados, su propósito es comprobar, entre la población meta, si los materiales reunen los componentes de eficacia, es decir, claridad, armonía, color, etc. y así efectuar los cambios necesarios que aseguren el efecto deseado.

6.- Producción: En base a los resultados de la validación se hacen los cambios necesarios para la producción final de los materiales. Es muy importante que estas modificaciones o cambios estén de acuerdo a las sugerencias y necesidades de la audiencia meta para así mejorar el impacto educativo de los mismos.

Después de hacer el diseño final se hacen las cotizaciones correspondientes para la producción; al seleccionar al proveedor para la producción final se deben tomar en cuenta no solo el aspecto económico sino muy especialmente el referente a la calidad del trabajo.

7.- Implementación del Programa Educativo: Significa la distribución de los materiales, la difusión de los mensajes por los medios masivos, el desarrollo de la capacitación, el monitoreo de la implementación y en pocas palabras la ejecución de las acciones educativas programadas. Condición indispensable para el éxito de todo programa educativo es la capacitación del recurso humano involucrado en la prestación de los servicios de salud, de tal manera que los mensajes difundidos por los medios masivos y la educación cara a cara brindada por el personal de salud estén en completa armonía y sean complementarios entre sí.

INVESTIGACION DE BASE:

La investigación sobre el tema de la diarrea dio comienzo paralelamente a la difusión de la campaña de malaria. Esta investigación fue en realidad una evaluación formativa de la última fase de la campaña educativa sobre la diarrea desarrollada en la primera etapa de PROCOMSI.

Dicha evaluación se llevó a cabo en 9 diferentes comunidades de 3 Regiones Sanitarias, entrevistándose un total de 384 madres con niños menores de cinco años, a través de 317 encuestas y 6 grupos focales.

El objetivo de la evaluación, de acuerdo a los contenidos de la última fase de PROCOMSI I fue medir el nivel de conocimientos de las madres respecto al uso y preparación del LITROSOL, así como respecto a la deshidratación y sus señales en aquellas regiones donde no había trabajo PROCOMSI I y que por lo tanto sólo habían estado expuestas a los mensajes transmitidos por las dos emisoras de cobertura nacional.

Los resultados indicaron un marcado desconocimiento de las señales de la deshidratación, cuya totalidad es difícil de retener para las madres. Realmente, la señal más reconocida es la de la mollera hundida, por su espectacularidad y porque, según la percepción de la población rural, es relacionada con otras enfermedades. Pero se debe recordar que ésta es una señal que indica extrema gravedad y a menudo, en estas circunstancias, la madre no logra llevar al niño al Centro de Salud a tiempo y éste muere.

Se pudo apreciar también un desconocimiento en la forma de medir un litro de agua para preparar el LITROSOL (cuando no se dispone de la medida de litro), así como de una confusión referente a durante cuánto tiempo se le debe administrar LITROSOL a un niño con diarrea. También algunas madres utilizaban LITROSOL en forma selectiva, solamente para determinado tipo de diarreas. Por último, trabajadores de salud entrevistados apuntaron que un producto comercial para combatir los parásitos intestinales, con el nombre de Nitrosol, estaba creando gran confusión en algunas zonas donde se aconsejaba y vendía en algunas farmacias a quienes iban en busca de LITROSOL.

PLAN DE CAMPAÑA:

Dado que PROCOMSI I había elaborado mensajes que cubrían todos estos contenidos, se readecuaron algunos de ellos, quedando la campaña planteada así:

IMPLEMENTACION DE LA CAMPAÑA

Radio:

La Campaña Radial se difundió del 28 de Abril al 23 de Mayo con un total de 9,394 spots de 30" y 37 programas de 15 el tratamiento que indica el laboratorio de acuerdo a los resultados de la muestra.

MODELO DE COMUNICACION DE LA CAMPAÑA DE MALARIA

RADIO:

- Paludismo y Malaria son la misma cosa, cuando se tiene calentura con frío hay que ir donde el colaborador voluntario.
- Hay que tomar el medicamento después de haber comido, para contrarrestrar algunas de sus reacciones.
- El insecticida mata por contacto cuando en él se para el zancudo. Su efecto dura meses.
- No hay que lavar, blanquear o empapelar las paredes que han sido rociadas.

Se produjeron, debidamente validades, cinco cuñas con estos mensajes y con jingle identificador de la campaña.

GRAFICOS:

Analizando el sistema de prestación de servicios por parte del programa, se pudo ver que los rociadores tenían entre sus obligaciones explicar a los habitantes de la casa rociada una serie de medidas a seguir con relación al rociado. Esta actividad educativa era, sin embargo, descuidada y con mucha frecuencia los contenidos brindados no eran uniformes. Se diseñó un desplegable que contenía toda la información sobre qué hacer antes, durante y después del rociado, para que fuera entregado y explicado por el rociador, ayudándole así a realizar mejor su labor educativa. Dado que los moradores de las casas debían esperar dos horas antes de entrar de nuevo a las mismas, este era un tiempo muy adecuado para que lo leyeran y asimilaran.

Se diseñó, validó y produjo un desplegable con mensajes sobre cómo se transmite la malaria, cómo se previene y qué hacer en caso de caer enfermo. Dicho desplegable sería entregado por el colaborador voluntario a toda persona a la que se tomara la muestra de sangre, a fin de que supiera cómo proceder en el caso de que los resultados fueran positivos y aún mientras los recibía, a fin de no seguir siendo foco de transmisión de la enfermedad.

Para motivar la participación de los escolares en la adopción de las medidas de prevención de la enfermedad, así como para que tuvieran conocimiento de sus causas y tratamiento, se diseñó, validó y produjo, un folleto con información y juegos educativos. Se distribuyeron 80,000 ejemplares entre los niños de 10 a 12 años de las escuelas primarias.

Todos los materiales, tanto gráficos como radiales, fueron validados entre la población de las regiones de trabajo, aplicándose los cambios sugeridos por ésta para su mejor comprensión.

INVESTIGACION:

La Investigación de Base de este tema se desarrolló como trabajo práctico del Taller, "Técnicas de la Investigación Social de Base" y en su ejecución participaron los 16 asistentes al taller. Se entrevistaron en la misma 170 personas por medio de encuestas y se desarrollaron grupos focales en tres comunidades de la Región Sanitaria No. 4. También se entrevistaron 47 personas involucradas en el programa (rociadores, colaboradores voluntarios, Epidemiólogos, etc).

El tema se dividió en dos grandes sub-temas: rociado y medicación. Los resultados más importantes, de acuerdo a dichos sub-temas, fueron los siguientes:

a) Desconocimiento, por parte de la población, de la forma en que el insecticida trabaja. Esto lleva a acciones de agresión al mismo, tales como lavar, empapelar o blanquear las paredes rociadas.

b) Creencia de que es el olor lo que determina la efectividad del insecticida. Se desconoce su efecto residual.

c) Confusión con relación al paludismo y malaria, que lleva a un retraso en el inicio del tratamiento, (se considera al "paludismo" como una etapa benigna de la "malaria", curable con remedios caseros).

d) Rechazo a los medicamentos por desconocer cómo se evitan las reacciones secundarias a los mismos.

e) Bajo uso de los servicios que brindan los colaboradores voluntarios, por la tardanza en los resultados de los análisis de sangre que éstos toman.

f) Poca colaboración con los rociadores y bajo seguimiento de instrucciones.

PLAN DE CAMPAÑA

De acuerdo a los resultados anteriores se definieron los siguientes contenidos:

a) Comportamiento a seguir, antes, durante y después del rociado domiciliario.

b) El paludismo y la malaria son la misma cosa.

c) Promoción de los servicios que brinda el colaborador voluntario.

d) Instrucciones con relación a la medicación y la manera de evitar las reacciones secundarias.

Se definió como audiencia-meta de la campaña la población mayor de 15 años, aunque en el caso del rociado se aconsejó hacer énfasis en la mujer, por ser ésta, en la mayoría de los casos, quien está en la casa cuando llegan los rociadores.

Al iniciar el Proyecto las coberturas de vacunación eran bajas en las primeras dosis y decrecían sustancialmente en las dosis siguientes, indicando no solo una baja demanda espontánea, sino una creciente deserción del esquema de vacunación establecido.

Las diferencias apuntadas anteriormente dificultan el establecer hipótesis o modelos generales a todos ellos, por lo que su tratamiento hizo necesario el cumplimiento de la metodología propuesta y el diseño de modelos de campaña particulares para cada uno de ellos.

rápido de las normas y comunicaciones entre los diferentes niveles. Dispone de suficiente personal en las Regiones Sanitarias, cuyo trabajo es continuamente supervisado por los responsables del programa, grandes rubros de actividades: 1) las labores preventivas por medio del rociado de las casas con diferentes tipos de insecticidas, así como la movilización de la comunidad para la eliminación de criaderos de mosquitos, y 2) las actividades de detección y medicación de enfermos. Con ambas actividades se busca romper la cadena de transmisión de la enfermedad.

- El Programa de Control de Tuberculosis es manejado por la División de Epidemiología. En las Regiones Sanitarias es responsabilidad del Epidemiólogo Regional y no tiene personal específico. El cumplimiento de sus normas es responsabilidad de las Enfermeras Auxiliares encargadas de los Centros de Salud. El Programa enmarca su actividad en dos grandes rubros: detección de enfermos y tratamiento ambulatorio de los mismos a través de los Centros de Salud.

  Al inicio del Proyecto PROCOMSI los datos recabados indicaban un bajo rendimiento en todas las Regiones Sanitarias, con poca detección de enfermos y alta deserción de los enfermos en tratamiento.

- El Programa de Control de Enfermedades Diarréicas depende también de la División de Epidemiología y fue implementado en el Ministerio de Salud a raíz de la primera etapa de PROCOMSI. A nivel de las Regiones es responsabilidad de los Epidemiólogos Regionales y, a nivel de los Centros de Salud, lo es de las Enfermeras Auxiliares; las que distribuyen las Sales de Rehidratación Oral. Basa su operación en la distribución y difusión de contenidos educativos sobre prevención de la diarrea, trabaja en coordinación con otros programas gubernamentales de agua potable y saneamiento ambiental. El impulso dado al programa en la primera etapa de PROCOMSI fue considerable y marcó las pautas futuras de operación del mismo.

- El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) también depende de la División de Epidemiología. Su atención se brinda a través de los Centros de Salud por demanda espontánea y por detección de niños no vacunados que asisten a los demás servicios que ofrece el Centro de Salud. Esta demanda espontánea se complementa con campañas masivas (Semanas de Vacunación, Jornadas de Vacunación) en las que el servicio se lleva a las áreas de influencia del Centro de Salud y se busca a los niños en edad de ser vacunados.

② Las Campañas de Comunicación Educativa

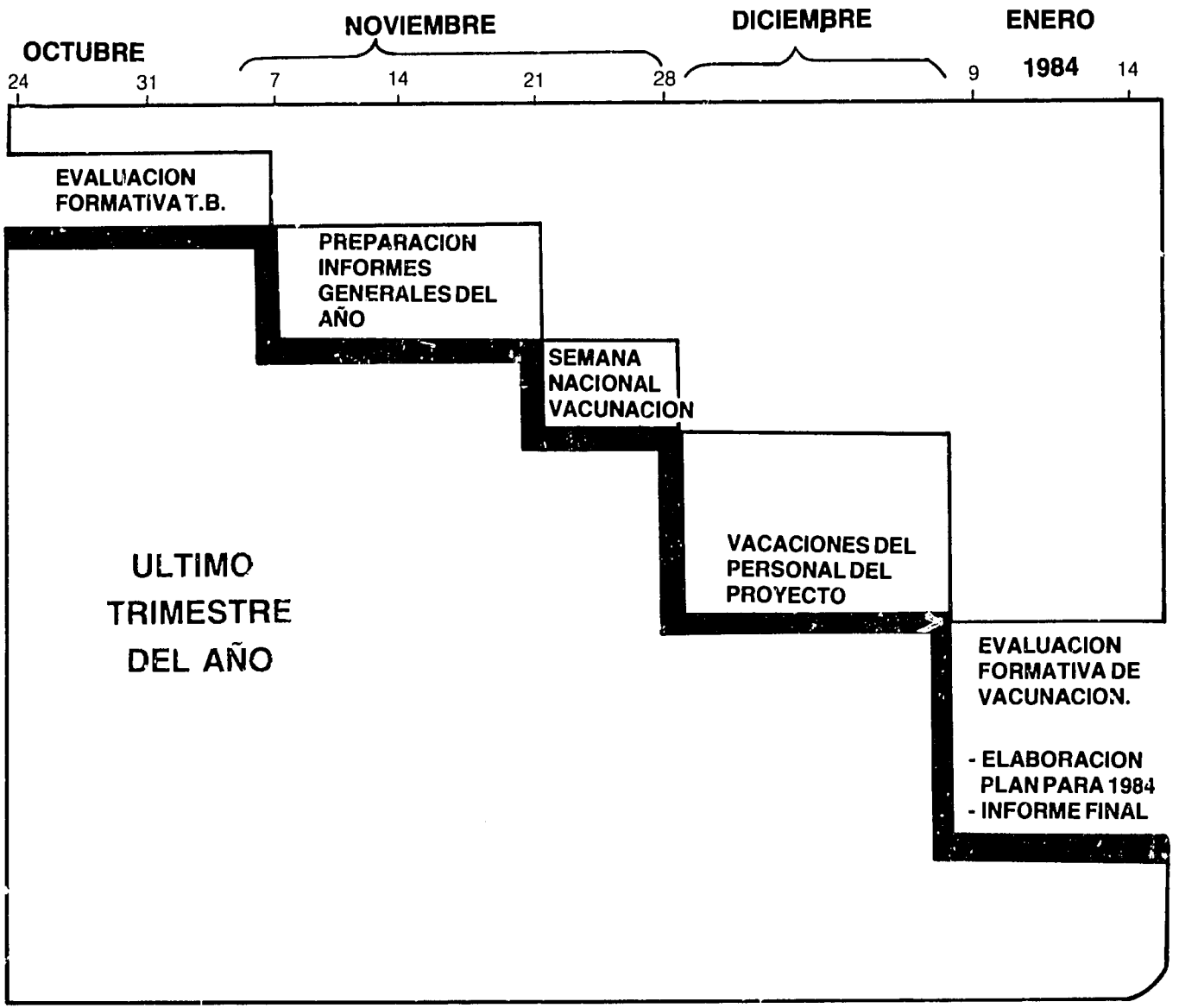
Cada uno de los temas prioritarios presentó características particulares, no solo en la forma de operación del programa, sino en su relación con la población.

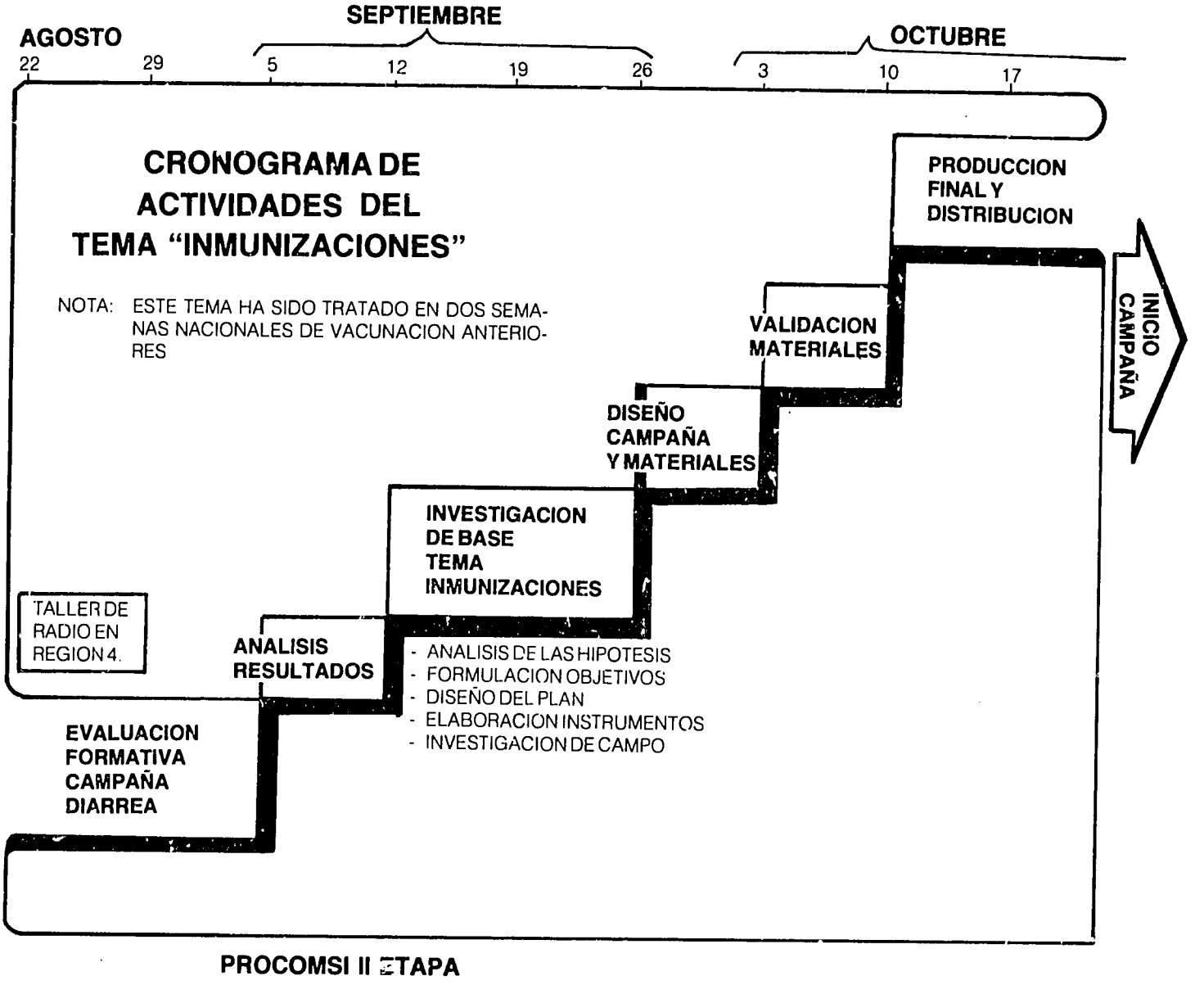
Para definir la audiencia meta de cada tema, partimos de los hechos siguientes:

- En el caso del Programa CED (Control de Enfermedades Diarréicas), consideramos que por ser la diarrea una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en los niños menores de cinco años, necesariamente la audiencia son las madres con niños menores de cinco años.
- El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) nos ofrece una situación similar dado que sus normas estipulan que el niño debe tener su esquema completo de vacunas a la edad de dos años Por eso se resolvió que los mensajes irían dirigidos a las madres de los niños menores de tres años y también a los padres, ya que vacunar un niño significa la adopción de una serie de comportamientos que involucran el nivel de decisión paterno.
- El tema sobre Tuberculosis hizo más compleja la definición de la audiencia meta, ya que en este problema de salud están involucrados los enfermos (de todas las edades), sus familias y la población en general, tanto como enfermos potenciales y/o como relacionados con algún enfermo de la comunidad o familia.
- El tema de la Malaria también se refiere a una población meta bastante heterogénea y nada fácil de segmentar ya que toda la población está expuesta al contagio, por lo que debe practicar las medidas preventivas necesarias. Sin embargo, el rociado domiciliario y el manejo del insecticida después del rociado, involucra más a las mujeres por ser éstas las que con más frecuencia se encuentran en la casa cuendo se realiza esta actividad.

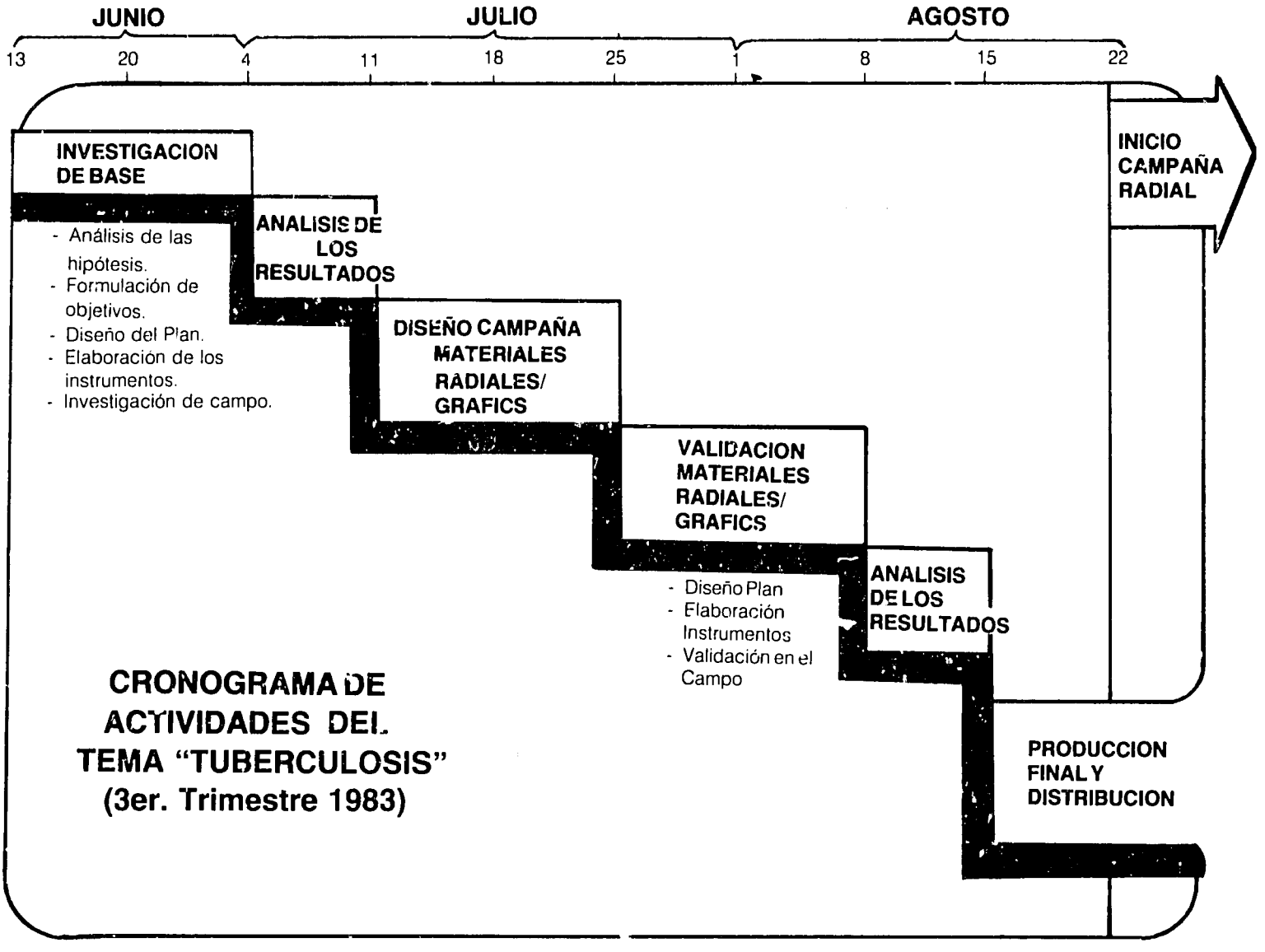
En lo que se refiere a la forma de operación de cada programa relacionado con los temas prioritarios, también existían variables sustanciales.

- El Programa de Malaria es manejado por la División de Control de Vectores, cuya organización es de tipo vertical, basada en una estricta disciplina y cumplimiento de las metas trazadas en el Plan. Su estructura organizativa favorece el flujo


OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE
ENERO
1984
24
31
7
14
21
28
9
14
EVALUACION FORMATIVA T.B.
PREPARACION INFORMES GENERALES DEL AÑO
SEMANA NACIONAL VACUNACION
VACACIONES DEL PERSONAL DEL PROYECTO
EVALUACION FORMATIVA DE VACUNACION.
- ELABORACION PLAN PARA 1984
- INFORME FINAL
ULTIMO TRIMESTRE DEL AÑO

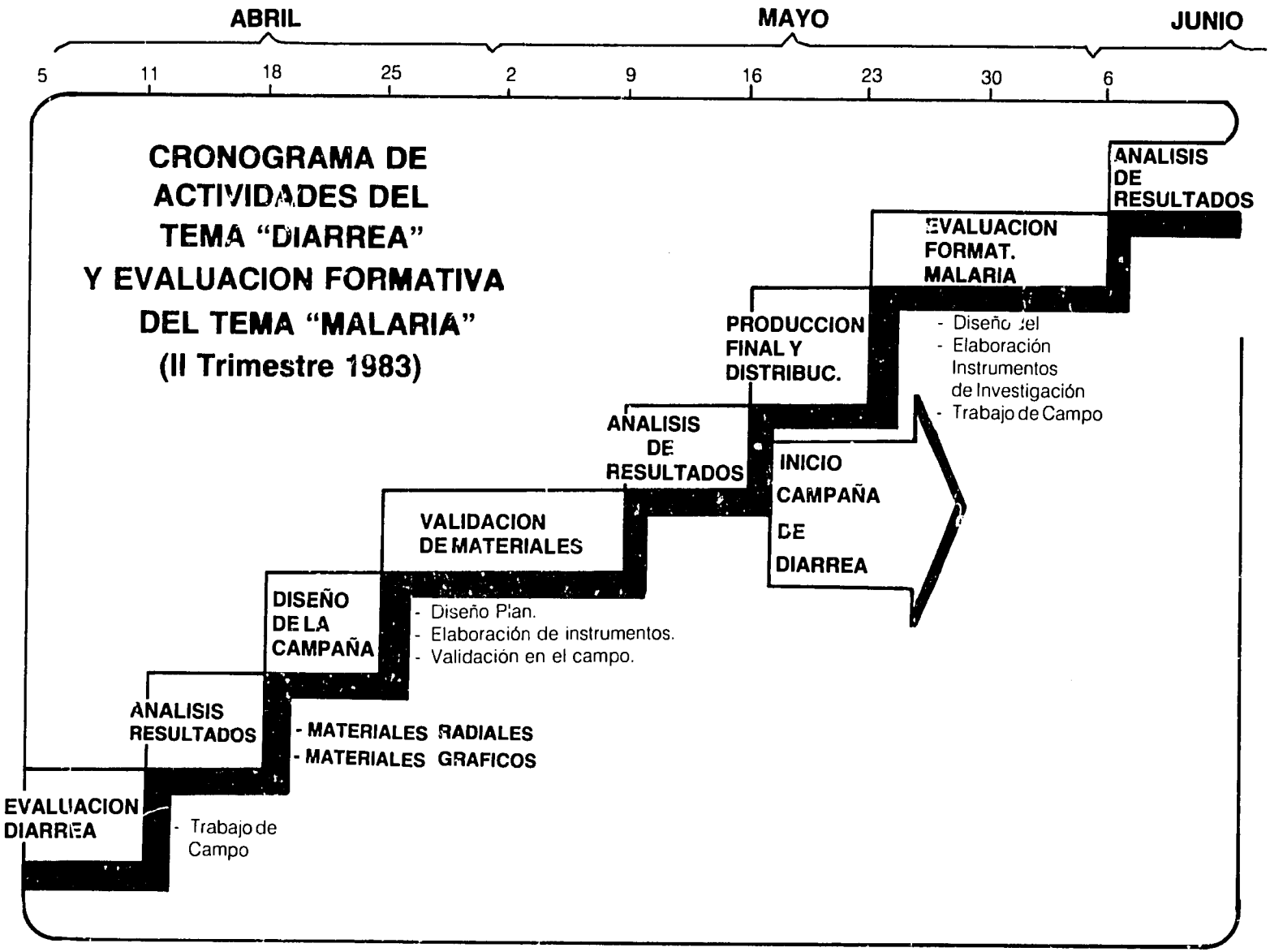


PROCOMSI II ETAPA

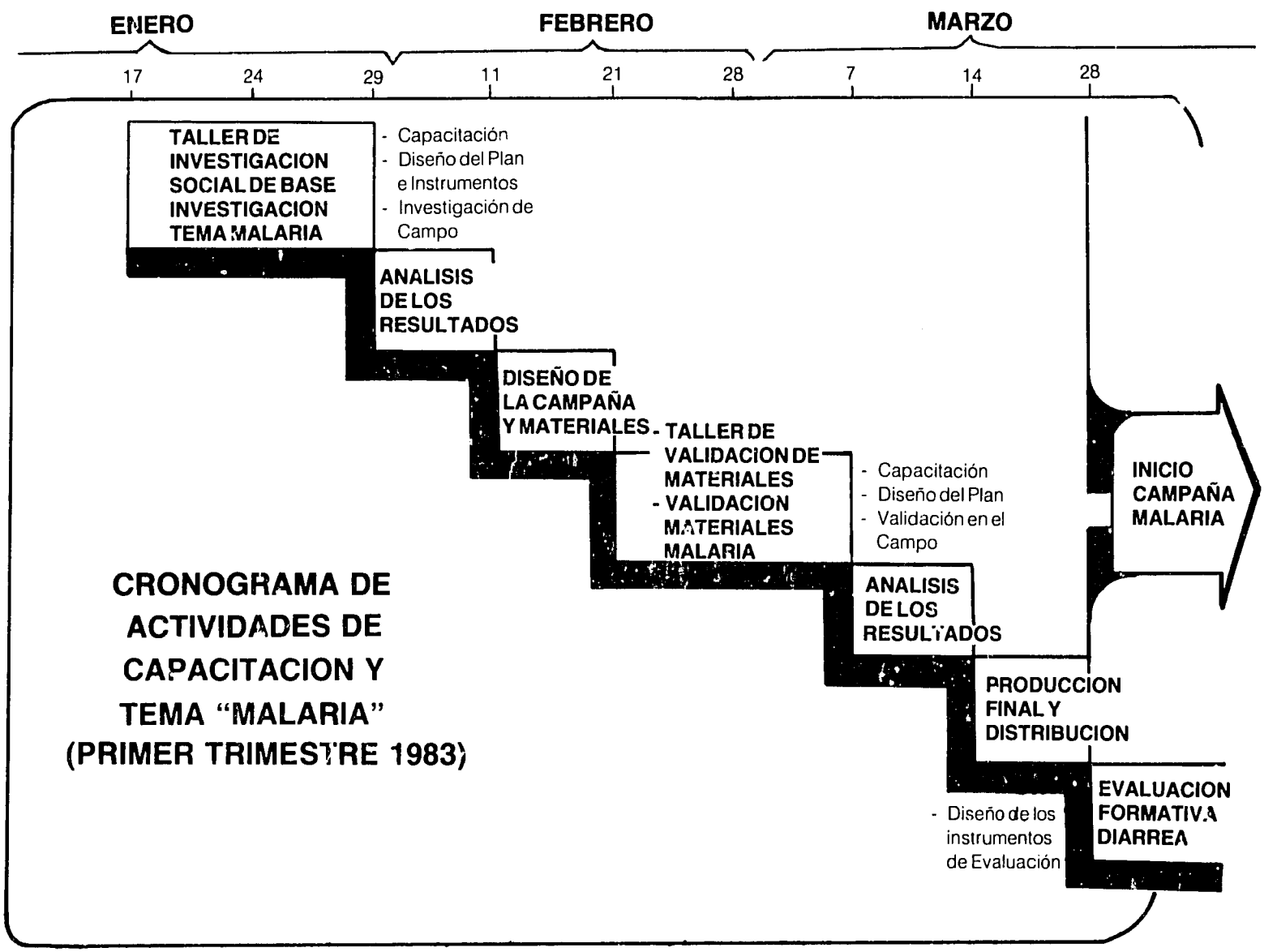


CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TEMA "TUBERCULOSIS" (3er. Trimestre 1983)

PROCOMSI II ETAPA



PROCOMSI II ETAPA



PROCOMSI II ETAPA

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Para poder desarrollar las cuatro campañas de comunicación educativa, siguiendo fielmente los pasos metodológicos trazados, fue necesario adecuar esos pasos para iniciar el proceso de cada tema en el momento adecuado.

La ubicación de los temas en el transcurso del año respondió a los siguientes criterios:

a) Epoca de mayor incidencia del problema.
b) Epidemia o emergencias.
c) Plan de Trabajo de cada programa de salud. Los programas más débiles deberían, antes de desarrollar su campaña de comunicación, organizarse y prepararse para responder a la demanda que ésta habría de generar.
d) Que las campañas no coincidieran con otros eventos que pudieran desplazar la atención de la poblacion o fueran una competencia fuerte que acaparen la atención, como campañas políticas, competencias importantes de foot ball, etc. En estos momentos es preferible ubicar campañas menos difíciles e importantes.

Los temas de las campañas fueron ubicados en el año de la siguiente manera:

- Primer trimestre: Campaña sobre La Malaria.
- Segundo trimestre: Campaña sobre Enfermedades Diarréicas.
- Tercer trimestre: Campaña sobre Tuberculosis.
- Cuarto trimestre: Campaña sobre Inmunizaciones.

El cronograma de trabajo muestra la secuencia de las actividades y su ejecución en el tiempo.

CAPACITACION DEL EQUIPO DIVISION DE EDUCACION:

Con el propósito de unificar criterios y estandarizar el nivel de conocimientos del grupo sobre la Metodología de Comunicación Educativa en Salud procedimos a realizar un módulo de capacitación compuesto de cinco talleres:

- Técnicas de la Investigación Social de Base.
- Técnicas de la Validación de Materiales Educativos.
- Técnicas de la Radiodifusión Educativa.
- Técnicas de Producción de Material Gráfico para Educación.
- Metodología y Enfoques de Educación para la Salud.

A esta actividad incorporamos personal de las tres Regiones Sanitarias donde trabajamos el primer año, es decir, las Regiones No. 4, 2 y 7.- De esta manera las regiones se incorporaron al Proyecto, colaborando en los trabajos de campo y conformando las semillas de los futuros comités Regionales de Educación para la Salud (CRES) que se organizaron en 1985.

Debido a las limitaciones de tiempo, resultantes del Cronograma de Trabajo propuesto, determinamos que la capacitación se realizara paralelamente a la aplicación del proceso metodológico al primer tema: La Malaria. El desarrollo del proceso dirigido por el personal de asesoría fue una forma de capacitación, lo que permitió una conjugación entre la teoría y la práctica.

A lo largo del año se llevaron a cabo, en cada Región, los talleres de producción radial y se formaron grupos locales encargados de programar y utilizar los espacios radiales contratados en las emisoras regionales para los programas educativos.

ORGANIZACION OPERATIVA:

Al inicio del proyecto la División de Educación para la Salud contaba únicamente con dos educadores, por lo que se contrató a dos programadores de radio y gráficos que trabajaron con la primera etapa de PROCOMSI, también se contrataron tres nuevas personas para que coordinaran el trabajo de campo. Los criterios para la selección de este personal fueron:

- Amplia experiencia en promoción (todos)
- Un recurso con mayor experiencia en el medio radial educativo.
- Un profesional con mayor énfasis en la producción de material gráfico para la educación no formal.
- Y un tercero con mayor experiencia en la educación interpersonal con.población rural.

Todo el personal anterior conformó un equipo de trabajo cuya política fue siempre la toma de decisiones grupales y la integración de las funciones individuales a los objetivos comunes.

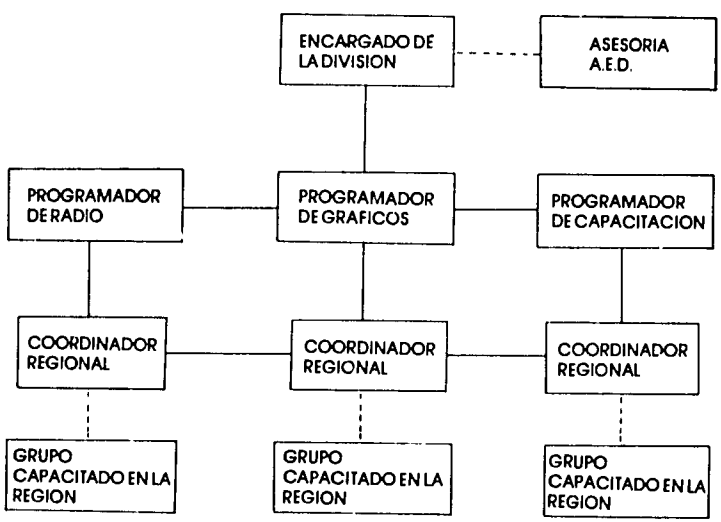
Se asignó la coordinación del equipo de trabajo al encargado de educación de la división (uno de los educadores) y se subdividió las labores de programación de acuerdo a los tres grandes campos de la metodología educativa: radio, gráficos y capacitación. De esta manera conformamos tres equipos de trabajo compuestos por dos personas cada uno:

- Equipo de Programación Educativa Radial.
- Equipo de Programación de Materiales Gráficos.
- Equipo Programador de la Capacitación.

La investigación de base y la evaluación formativa fueron responsabilidad de los coordinadores de campo, apoyados por el resto del personal.

La organización de este proceso puede observarse en el organigrama funcional que rigió las actividades del proyecto hasta su institucionalización.

ORGANIZACION



8.- Supervisión y Monitoreo: Estas dos actividades deben darse permanentemente en todas y cada una de las etapas del proceso para que así se puedan detectar las fallas, implementar correctivos oportunamente y verificar el cumplimiento de las tareas propuestas. Esta etapa pretende conocer los cambios logrados en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, evaluar los medios empleados y reprogramar el plan de trabajo. El monitoreo representa una forma de retroalimentación que nos permite reprogramar el proceso de comunicación educativa.

El proceso a seguir es el mismo que el utilizado durante la investigación de base, con la diferencia de que ésta parte de las hipótesis y de los objetivos y problemas del programa de salud, y la evaluación busca contrastar la realidad a partir de los objetivos del programa educativo y del perfil del comportamiento final esperado. En base a los resultados de la evaluación formativa se reprograman los mensajes y medios.

Grupos focales y entrevistas individuales son dos técnicas en la investigación social utilizada para la investigación de Base, la validación de materiales, y el monitoreo del impacto educativo.

Los mensajes a ser transmitidos por la radio fueron los siguientes:

1. Señales de Deshidratación.
2. Tres botellas de fresco llenas de agua hacen un litro para preparar el LITROSOL.
3. Se debe dar LITROSOL al niño durante todo el tiempo que dure la diarrea.
4. El LITROSOL debe darse al niño que tiene cualquier tipo de diarrea.
5. Características específicas del LITROSOL que lo hacen inconfundible: es un polvo, se disuelve en un litro de agua y lo regalan en los Centros de Salud para dárselo a los niños cuando tienen diarrea.
6. Se decidió reforzar la campaña de lactancia materna como forma de prevención de la diarrea infantil, incluyendo el mensaje de que durante los primeros cuatro meses de vida se le debe dar al niño leche materna como único alimento.

IMPRESOS:

Se determinó el afiche que plasma las señales de deshidratación y además producir la versión urbana del afiche de promoción de la lactancia materna con el mensaje: "Madre que pecho da, es madre

de verdad". Se diseñó y produjo un afiche-calendario con las "Nueve Reglas de Oro de la Lactancia Materna" y se reimprimieron nuevas ediciones de la fotonovela "Salvaste a tu Hermanita". También del afiche de promoción de LITROSOL y de las hojas-paquete con las instrucciones para el uso de las sales, así como del rotafolio para uso de los trabajadores de salud. Se diseñó un desplegable con información sobre cómo alimentar a un niño cuando tiene diarrea.

IMPLEMENTACION DE LA CAMPAÑA:

Se produjeron tres nuevas cuñas radiales que se unieron a las ya existentes. Las cuñas radiales fueron difundidas durante los meses de Junio, Julio y Agosto en un total de 15,885 espacios en las dos emisoras de cobertura nacional y 9 de cobertura local. Se difundieron así mismo, 162 programas radiales de 15 minutos cada uno.

Se reimprimieron y distribuyeron 17,770 nuevos afiches de promoción de LITROSOL, 100,000 desplegables de "Cómo Alimentar al Niño cuando tiene Diarrea", 50,000 calendarios con las "Nueve Reglas de Oro de la Lactancia Materna", 40,000 fotonovelas "Salvaste a mi Hermanita", 3.000 Manuales para Guardianes de Salud, 625 Rotafolios y 140,000 Hojas-paquete.

INVESTIGACION DE BASE:

La investigación de Base sobre tuberculosis se dividió en dos fases con una duración de dos semanas cada una. En la primera fase, se entrevistaron 361 personas, 20 guardianes de salud, 12 enfermeras y 3 coordinadores regionales del programa, utilizando técnicas de encuestas, grupos focales y entrevistas abiertas.

Durante la segunda fase, por medio de las técnicas de grupos focales y la observación, se entrevistaron 75 enfermos de T.B. y 35 familias de los mismos. Se entrevistaron además 12 enfermeras, 3 epidemiólogos y 5 supervisores de laboratorios y microbiología.

El rechazo de la población hacia los pacientes de T.B., por la sobrevaloración de su capacidad de contagio y la asociación de la enfermedad con ínfimas condiciones de vida, resultó ser la causa principal de la dificultad para detectar enfermos y para que éstos, una vez detectados, completen el tratamiento y no lo abandonen. Con relación al contagio, la población no hace distinción alguna entre el enfermo que está en tratamiento y el enfermo que no lo está, ya que supone en ambos casos una enorme capacidad de contagio por el simple hecho, incluso, de una conversación con ellos.

Tanto los enfermos como sus familiares y la población en general, desconocía el hecho de que al iniciarse el tratamiento se elimina la capacidad de contagio de la enfermedad y el enfermo puede convivir normalmente en su ambiente. También se pudo comprobar que la población desconfía de que la enfermedad pueda curarse completamente y le asigna un índice muy alto de probabilidades de muerte.

Las dificultades para la detección de enfermos se debían fundamentalmente a la falta de capacitación del personal de salud para detectar la enfermedad, al rechazo del paciente a hacerse los análisis ante el temor de tener que afrontar la realidad de su enfermedad y la mala recolección de muestras de esputo para los análisis correspondientes.

Con relación a los pacientes que están en tratamiento, el problema fundamental encontrado fue el alto índice de deserción, que se debe a dos razones fundamentales:

a) Extenso esquema de medicación de hasta 12 meses.

b) Mejoría a los pocos meses de iniciado el tratamiento, que hace que el paciente se considere ya curado.

Analizando los resultados de la investigación, se consideró que el punto clave alrededor del que gira gran parte del problema es un absoluto desconocimiento, por parte de los pacientes y de la población en general, de la realidad de la enfermedad.

La mitificación de su capacidad de contagio hace al paciente, o sospechoso de serlo, ser rechazado por su familia, amigos y la comunidad, que, desconocedores de que la T.B. es curable por completo si se trata a tiempo, y no contagiosa cuando se está tratando, prefieren aislar al paciente o abandonarlo. Ante esta perspectiva, nadie ni aún sospechándose enfermo, quiere enfrentar la realidad de la enfermedad, rehuyendo los exámenes, abandonando el tratamiento e incluso emigrando a lugares donde no sea reconocido.

PLAN DE CAMPAÑA:

Los contenidos educativos a desarrollar se determinaron así:

a) Educación al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad, sus causas, forma de transmisión y medidas a tomar para su tratamiento y curación.

b) La T.B. es perfectamente curable si se trata a tiempo. Cuando está siendo tratada no repre-

senta peligro de contagio y por lo tanto, cuando alguien sospeche de haberla contraído - al manifestar tos persistente durante más de 15 días - debe ir al Centro de Salud a practicarse el examen y seguir el tratamiento que se le prescriba hasta la total curación.

c) Informar al paciente potencial cómo tomarse una buena muestra de esputo para su análisis.

De estos contenidos se derivaron los siguientes mensajes:

RADIO:

1. El enfermo de T.B. que está en tratamiento ya no contagia a los demás y por lo tanto no tiene que abandonar a sus familias ni a sus amigos.
2. La T.B. es curable si se trata a tiempo. Si se tiene tos persistente por más de 15 días, hay que ir al Centro de Salud y solicitar el examen de esputo.

GRAFICOS:

Los mensajes siguientes se difundieron en afiches:

- La tuberculosis en tratamiento no contagia a los demás.
- Si tiene tos persistente por más de 15 días debe visitar el Centro de Salud.
- La tuberculosis en tratamiento sí se cura.

Para enseñar a tomarse una buena muestra de esputo, se diseñó un formato de vaso conteniendo las instrucciones para tomar la muestra. Estas instrucciones debían ser cuidadosamente explicadas al paciente, por la enfermedad, al entregarle el vaso.

Y si una vez realizado el examen, éste resultaba positivo, la enfermera debía reunirse con el paciente para entregarle los resultados y hacer con él una labor educativa con la ayuda de un folleto diseñado al efecto. Este folleto contiene la información más importante que, de acuerdo al criterio de los pacientes entrevistados, un enfermo quiere saber al enterarse de su enfermedad.

Estos contenidos se refieren fundamentalmente a información sobre: cómo se produce la enfermedad, cómo se transmite, su posibilidad de curación, las medidas que debe tomar el paciente, cómo un enfermo que comienza su tratamiento ya no contagia la enfermedad a los demás y por lo tanto, no tiene que separarse de su familia ni amigos, duración del tratamiento, etc.

Para la educación de los enfermos y sus familiares se diseñó un Rotafolio conteniendo aspectos de causa, transmisión, etiología, prevención y tratamiento de la enfermedad, el que es usado por las enfermeras en las visitas a las familias de los enfermos y en los días en que éstos acuden a recibir su tratamiento.

IMPLEMENTACION DE LA CAMPAÑA:

RADIO:

Se produjeron tres cuñas radiales y un 'jingle" identificador de la campaña, las que fueron difundidos entre el 22 de agosto y 22 de octubre de 1983 a razón de 38 espacios diarios de 30, "de Lunes a Sábado en las dos radioemisoras de cobertura nacional y, 185 espacios diarios, de Lunes a Sábado, en las 9 emisoras regionales. Lo que hizo un total de 11,596 espacios radiales de 30". Se emitieron además 135 programas radiales de 15' de "La Voz de la Salud".

GRAFICOS:

Para complementar los tres mensajes radiales fundamentales se diseñaron y produjeron tres afiches diferentes, de los que se editaron 5,000 copias de cada uno.

De los vasitos con las viñetas de instrucciones para lograr una buena muestra de esputo, se imprimieron un total de 300,000 unidades.

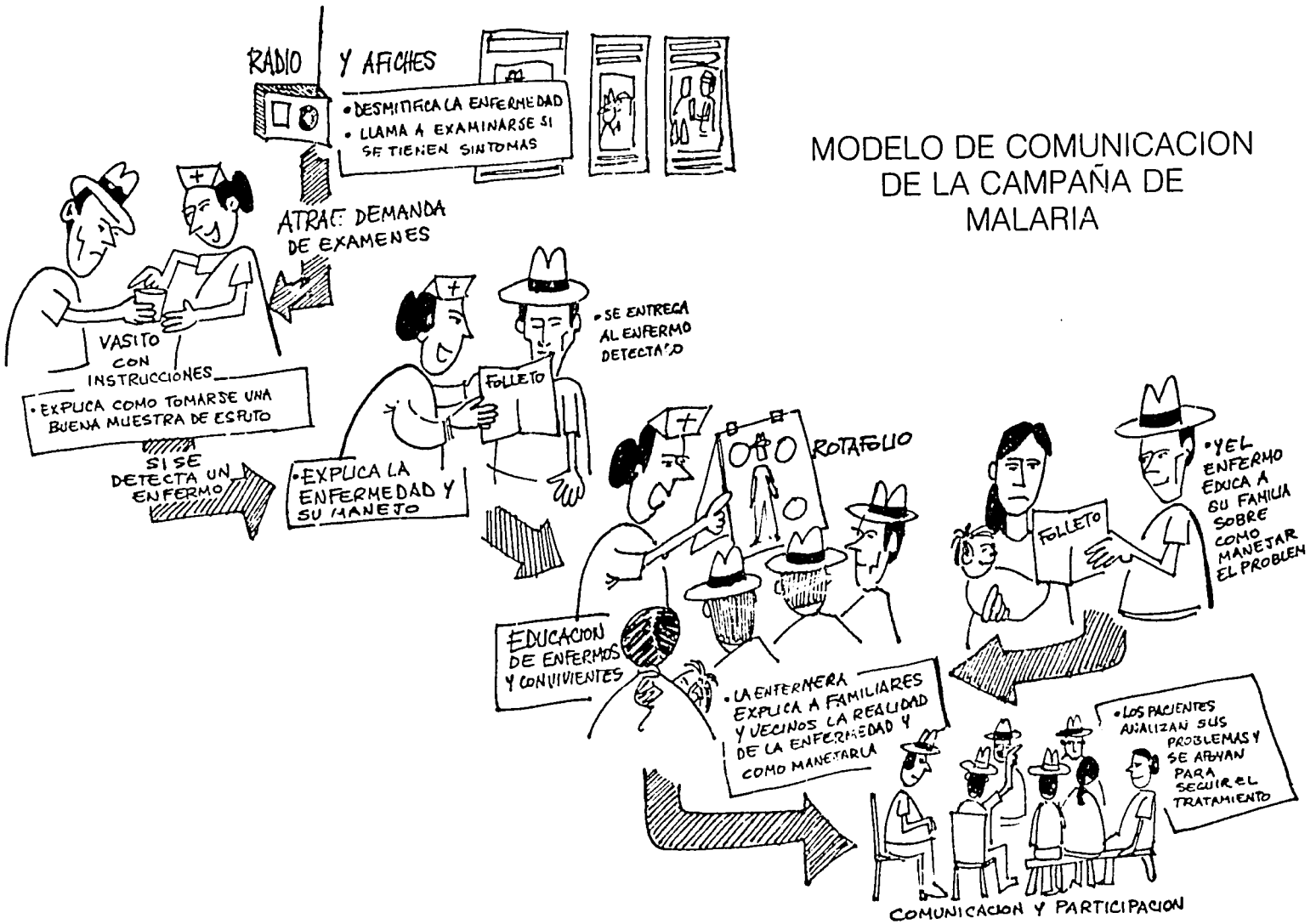
De los folletos para pacientes detectados se imprimieron 20,000 ejemplares, así como 1,000 rotafolios para la capacitación de los enfermos y sus convivientes.

Todos los materiales educativos citados fueron debidamente validados con una muestra representativa de la población meta de la campaña.

CAPACITACION:

Debido a que el programa de T.B. no había definido aún a los responsables a nivel regional, no fue posible desarrollar con éstos la capacitación en el uso del rotafolio, pero se formuló un manual orientador de su contenido y de la mecánica de uso con los pacientes y sus convivientes.

MODELO DE COMUNICACION DE LA CAMPAÑA DE MALARIA



INVESTIGACION DE BASE:

En la investigación de Base sobre el tema de Inmunizaciones se entrevistaron 275 madres con niños menores de tres años y 15 enfermeras encargadas de la vacunación en los Centros de Salud de otras tantas comunidades de tres Regiones Sanitarias.

Las conclusiones más importantes de esta Investigación fueron:

- La mayoría de las madres entrevistadas desconocían el número de dosis necesarias para la vacuna, desconocían también el tipo de vacuna que recibían sus hijos en cada momento.
- La Tarjeta de Vacunación en que se le lleva el registro de las vacunas que ha recibido el niño y las que aún necesita recibir, no pudo ser explicada por casi la totalidad de las madres en la zona rural. Esto indicó que la Tarjeta no cumple ninguna función para ellas, ni educativa ni informativa, por su complicado diseño.
- Las madres en general no llevaban a vacunar a sus hijos cuando, según su criterio, se encontraban enfermos.
- Las reacciones a algunas vacunas, que provocan fiebre y malestares a los niños, eran una causa importante de la resistencia de las madres a llevar a sus hijos a vacunar, por temor a que se enfermaran.
- No hay entre las madres de las áreas rurales, una comprensión clara del concepto "prevención" como forma de evitar un mal en el futuro. Generalmente, la madre busca remedios a las enfermedades y no entiende bien que éstas se pueden prevenir.
- Desconfianza ante casos de niños que han padecido las enfermedades aún habiendo sido vacunados con algunas dosis. Las madres se confiaban de que habiendo recibido alguna dosis de una vacuna, ya el niño estaba protegido contra la enfermedad

PLAN DE CAMPAÑA:

De acuerdo a los resultados de la investigación, se decidió distribuir los mensajes en los diferentes medios de la siguiente manera:

RADIO:

- Dosis para cada vacuna.
- Un niño vacunado es aquel que ha recibido todas las dosis de vacuna para cada enfermedad.
- Las reacciones de algunas vacunas son normales y se curan fácilmente.
- Cuando toca vacunar al niño, hay que llevarlo aunque esté enfermo y dejar que sea la enfermera quien decida.

GRAFICOS:

Se consideró de fundamental importancia rediseñar la Tarjeta de Vacunación que se entrega a las madres, ya que ésta es un instrumento valioso para que ella pueda saber qué vacuna recibe su hijo y cuántas dosis le faltan para estar protegido.

La nueva Tarjeta de Vacunación se pensó que debe ser más un instrumento de educación para la madre que, como hasta ahora, un instrumento de control de las enfermedades.

Dado el alto índice de analfabetismo se determinó que la nueva Tarjeta debía incorporar códigos visuales perfectamente identificables que aparecieran paralelamente a la información escrita, complementando ésta y sustituyéndola en el caso de la población analfabeta.

Dos eran los aspectos a desarrollar: la identificación de la vacuna que el niño recibe y el número de dosis recibidas y pendientes.

Investigada la audiencia meta se consideró que, al salir del servicio de vacunación, las madres reconocían qué vacuna había recibido el niño según la forma en que ésta le había sido administrada. Así las madres demostraron saber que la vacuna contra la Polio se administra en forma de gotas, la del Sarampión es inyectada en el brazo y la Triple (DPT) se inyecta en la nalga. Se decidió entonces utilizar estas imágenes para identificar las vacunas. Para plasmar el número de dosis se utilizaron círculos junto a las imágenes, los que debían ser rellenados con tinta al recibir el niño cada dosis. Así, por el número de círculos sabría la madre cuantas dosis son necesarias y de acuerdo a si están rellenas o no, podría saber cuántas había recibido y cuántas faltaban. Las fechas las pondría la enfermera junto a los círculos y se les diría a las madres en forma oral. Paralelamente, la radio transmitiría la misma información durante la campaña.

La nueva Tarjeta fue validada en su contenido y en el tamaño más adecuado para el manejo por parte de las madres.

Un desplegable sobre el tema se imprimió también para explicar a las madres cada enfermedad que puede evitarse con las vacunas, cómo se contagia y las dosis de vacunas necesarias para prevenirla.

Para capacitar a las madres en los Centros de Salud se recomendó la producción de un rotafolio que explique el concepto de prevención y que exponga la etiología de cada enfermedad vacunable y las dosis y edades a las que éstas deben aplicarse.

CAPACITACION:

Se recomendó capacitar en el uso de la nueva Tarjeta de Vacunación, así como en la forma de utilizar los materiales educativos diseñados para la campaña, al personal responsable de esta actividad.

IMPLEMENTACION DE LA CAMPAÑA:

RADIO:

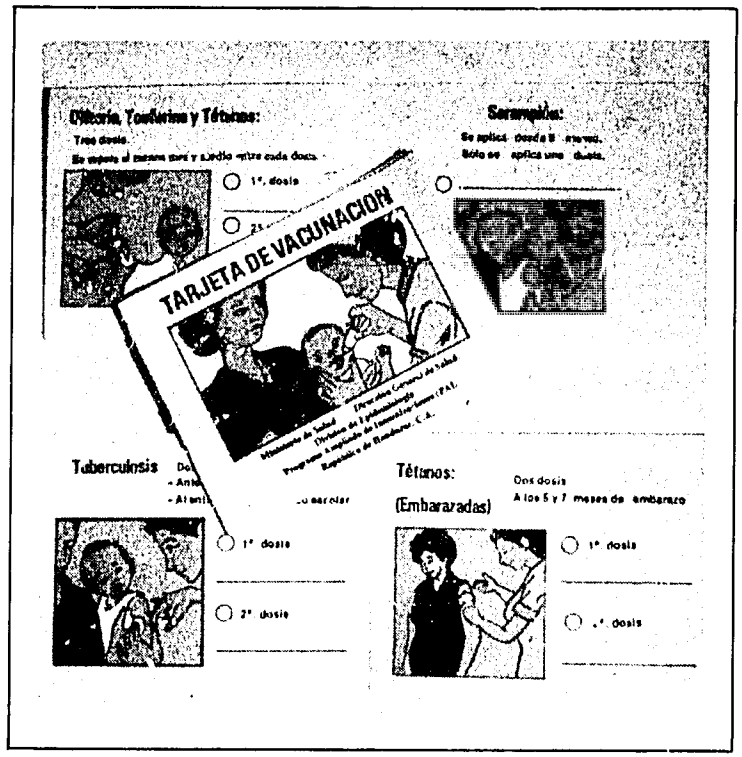
Se produjeron 6 cuñas radiales y un jingle. La campaña radial se extendió desde el 22 de Octubre hasta el 31' de Diciembre, abarcando un total de 13,380 spots de 30 en las 11 emisoras contratadas por el Ministerio, así como 120 espacios del programa "La Voz de la Salud".

GRAFICOS:

De la nueva Tarjeta de Vacunación se imprimieron 10,000 ejemplares, así como otros 100,000 del desplegable sobre las enfermedades prevenibles por vacunación, los síntomas, consecuencias y dosis de vacuna necesarias para su prevención.

Se imprimieron 60,000 afiches para promover dos sucesivas semanas nacionales de vacunación que desarrolló el Ministerio durante el año, para las que también se produjeron diferentes cuñas promocionales.

El rotafolio no llegó a imprimirse hasta 1985.



③ Resultados

La evaluación del Proyecto PROCOMSI, en sus diferentes etapas, estuvo a cargo del Instituto de Investigaciones de la Comunicación de la Universidad de Stanford, bajo contrato AID/DSPE-C-0028 con la Oficina de Educación y la Oficina de Salud del Departamento de Ciencia y Tecnología de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID).

El objetivo de esta evaluación fue medir el impacto del Proyecto en los cuatro programas prioritarios en términos de cambios en los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población meta.

RESULTADOS A NIVEL DE LA POBLACION:

Algunos de los resultados más importantes incluyen:

MALARIA:

* En general, los niveles de conocimiento fueron altos después de las campañas. Las familias conocían que los mosquitos crecen en las aguas (86.5%), que el insecticida mata cuando el mosquito se para sobre él (88.0%), qué hacer para contrarrestar los efectos secundarios de la medicación (59.9), el que el "paludismo" y la malaria son la misma enfermedad (64.1%) y qué hacer cuando se tiene calentura con frío (74.0%).

* Entre el 85 y 95% de los entrevistados dijeron seguir las instrucciones emanadas del desplegable repartido por el rociador, siendo el tiempo de espera antes de volver a entrar a la casa recién rociada la práctica que parece necesitar algún refuerzo.
* La comparación de los datos entre 1982 y 1984 indica un incremento en el apoyo brindado por la población a los rociadores y en el conocimiento de la relación entre el rociado y la disminución de los mosquitos, prevención de la malaria y aumento de la salud.
* En comparación con los resultados de la investigación de base de PROCOMSI, la evaluación de 1984 muestra incrementos significativos en cuanto a las razones por las que se acepta el rociado - "Porque mata los mosquitos" subió de 49.4% a 93.8%; y "Porque previene la malaria" subió de 15.5% a 54%. Estos aspectos son muy importantes para la aceptación del rociado y son la base para una actitud más positiva hacia la prevención y el tratamiento de la malaria.

  La aceptación de las labores de rociado es completa (99.0%) y la colaboración con el rociador es igualmente alta (97.9%).
* Un alto porcentaje de la población investigada (78.1%) sabían por qué no hay que agredir las áreas rociadas.

DIARREAS:

- La exposición a los mensajes a través de los canales de la campaña y el conocimiento del contenido de dichos mensajes fueron altos.
- El nivel de conocimiento sobre la diarrea y su tratamiento se asoció con la exposición a los materiales de la campaña y especialmente a la exposición a los medios en general. El conocimiento sobre lactancia materna fue asociado con la exposición a mensajes específicos sobre lactancia materna, particularmente a través de la radio.
- El material impreso, la radio y la comunicación interpersonal, todos ellos contribuyeron a la exposición a los mensajes de las campañas. La importancia de cada canal varió de una campaña a otra.
- LITROSOL fue usado en el 32.8% de los casos ocurridos en los quince días previos a la investigación, lo que lo colocó entre los primeros remedios no-medicinales usados para la diarrea.
- El conocimiento de que LITROSOL se debe usar para cualquier tipo de diarrea subió a 66.4% y el conocimiento sobre las señales de deshidratación se incrementó con alguna variación entre unas y otras señales.

TUBERCULOSIS:

* El 55.9% de las familias con pacientes de tuberculosis pudieron completar los slogans promovidos por la radio "El enfermo de tuberculosis en tratamiento ya no contagia a los demás" y "La tuberculosis es curable si se trata a tiempo". El 26.3% de las familias sin pacientes pudieron completar el primer slogan y el 32.8% el segundo. De los pacientes, el 46% pudo completar el primero y el 48% el segundo slogan.

INMUNIZACIONES:

- Alrededor del 92% de la muestra investigada había estado expuesta a los mensajes de la campaña. Esto se atribuyó principalmente a la radio, pero también el personal de salud jugó un papel importante.
- Aunque el conocimiento de la población sobre las enfermedades vacunables fue muy alto (al menos para polio, sarampión y difteria), solo en el caso de la polio más del 50% de la población sabía el número exacto de dosis requeridas.

- Más del 83% de la población sabía que la vacunación del niño debe comenzar a los dos meses de edad. Había una creencia persistente de que las vacunas deberían continuar hasta los cinco años o más (ésto es posiblemente producto de campañas verticales realizadas en el pasado con esquemas diferentes al actual, y que han quedado en la memoria de la población transmitiéndose a las madres actuales). Esta creencia puede reducir la motivación de vacunar a los niños a edades tempranas.

- Casi la totalidad de la muestra (92.2%) sabían que los niños deben ser vacunados contra la polio, el 89.1% sabía que deben también ser vacunados contra el sarampión y la tosferina (81.9%). El 47% mencionó también la tuberculosis y el 30.1% mencionó el tétanos. La difteria fué mencionada por el 29.2% de las entrevistadas.

- El conocimiento sobre el número de dosis no fué alto. En el caso de la polio el 54.3% mencionó tres o más dosis. En el caso de la vacuna contra la difteria, tosferina y tétanos, el 26% conocía el número exacto de dosis (3) necesarias. El 30% sabía que para el sarampión es necesario vacunar una sola vez.

- El 84% conocía que el niño debe comenzar a ser vacunado desde los dos meses de edad, pero el 85.3% persistía aún en la creencia de que la vacunación debe continuar hasta los cinco años o más. Las madres siguieron renuentes a llevar a vacunar a sus hijos si éstos presentaban alguna enfermedad como diarrea, tos o fiebre, a pesar de que la campaña insistía en que era el personal de salud quien debía determinar cuando se debía o no vacunar al niño que presentaba estos problemas.

RESULTADOS A NIVEL INSTITUCIONAL:

Entre los resultados más importantes a nivel del Ministerio de Salud se encuentran las siguientes:

1.- Incorporación del personal del proyecto al Ministerio.

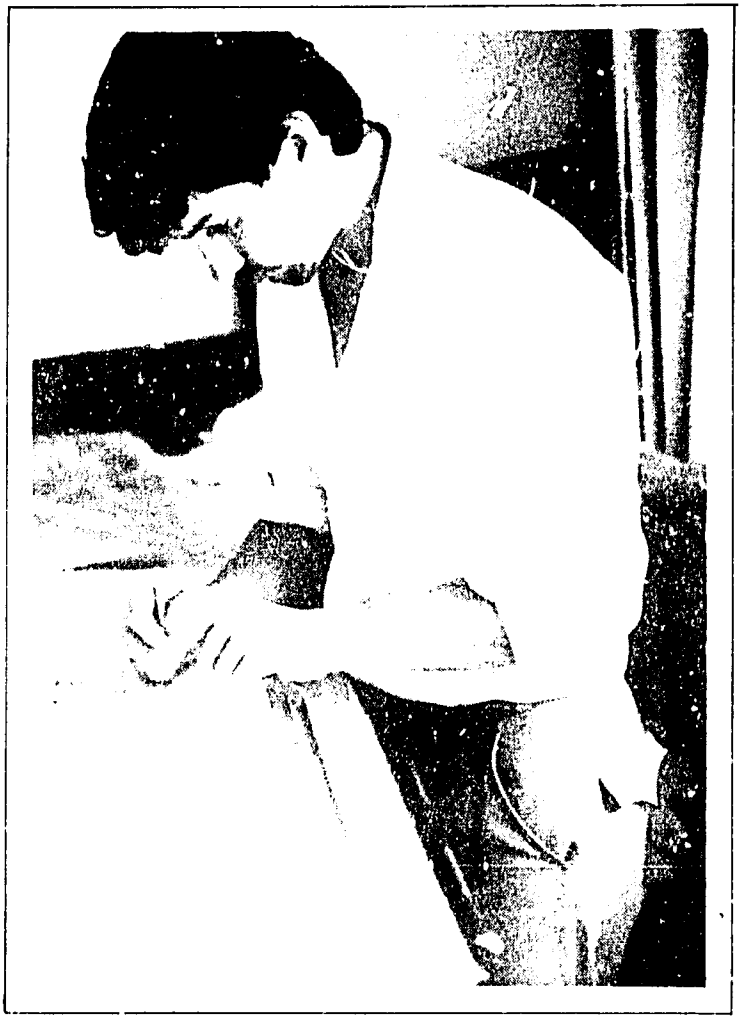
Entre los pasos previstos para la institucionalización de la metodología educativa se incluyó, como primero, su aplicación a los cuatro temas de salud, con el propósito de comprobar su eficacia y despertar el interés del Ministerio por incluir las acciones educativas como un componente de suma importancia para alcanzar los objetivos y metas de los diferentes programas. Una vez lograda esta conciencia a todos los niveles de decisión, tanto técnicos como administrativos, fue necesario asegurar la permanencia del recurso humano, garantizando la continuidad no solo del trabajo educativo, sino la adecuada aplicación de la metodología.

El primero de Mayo de 1984, el personal por contrato del proyecto (seis personas) fueron nombradas, en sus puestos como empleados permanentes, bajo el régimen de Servicio Civil. Unas semanas más tarde fue seleccionado y nombrado el nuevo Jefe de la División. La segunda tarea nos embarcó entonces en la organización de la nueva Divición de Educación para la Salud.

2.- Organización de la División de acuerdo a la Metodología propuesta.

En el último trimestre de 1984 se diseñó una propuesta de organización de la División de Educación. Dicha propuesta conforma la División en una serie de unidades encargadas de los diferentes pasos de la metodología educativa y propone la estructuración de los Comités Regionales de Educación para la Salud, como los encargados de impulsar las labores educativas a niveles regionales.

La División de Educación absorbió la Unidad de Producción de Material Educativo (UPME), asignada anteriormente a la División de Recursos Humanos y cuya función hasta encontes había sido la de producir material didáctico audiovisual para la capacitación del personal de salud.



El trabajo de Comunicación Educativa en Salud ejecutado por PROCOMSI II y con el apoyo de la División de Educación logró, al implementar el proceso metodológico y capacitar al personal, reforzar la División de Educación para la Salud rescatando su validez y funcionalidad dentro del Ministerio.

3.- Nueva Visión de la Educación dentro de los Programas de Salud.

El problema fundamental con que se encontró el Proyecto en sus primeros años de operación fue un desconocimiento, en los diferentes niveles del Ministerio, de la función e importancia de la educación para alcanzar las metas y objetivos de los diferentes programas. El énfasis y, en general, el mayor esfuerzo en las políticas y estrategias del Ministerio se concentraba en lograr aumentos en la cobertura de los servicios, tratando de llevar las facilidades sanitarias a la mayor cantidad de población, sin contar en la mayoría de los casos, con que la función de los establecimientos de salud depende de la demanda que la población haga de éstos. Cuando se trata de servicios de medicina curativa la demanda es obvia y espontánea, pero depende de la información, promoción y educación a la población cuando se trata de la medicina preventiva.

Solamente un trabajo paciente, ejecutado en una forma sistemática y permanente, contrastando los resultados de las investigaciones con las apreciaciones y puntos de vista del personal institucional, contrastando los resultados de las validaciones de materiales con los diseños iniciales de los mismos, llevó poco a poco y finalmente a una clara comprensión de la importancia de estas actividades.

Hoy en día, la educación para la salud es considerada una actividad fundamental y forma parte oficial de las políticas y estrategias del Ministerio de Salud Pública.

4 Un Paso Adelante: Lo que aprendimos

- La incomprensión sobre la gran necesidad e importancia de la educación para la salud nace de una falta de resultados útiles y a corto plazo por parte de la misma. Por eso, en una primera instancia, todo programa de educación para la Salud debe incorporar metodologías que lleven a resultados tangibles en relación a la respuesta de la población y resultados efectivos en cuanto a su impacto a corto plazo.
- La toma de conciencia de los niveles decisorios sobre la importancia de la educación y la necesidad de una metodología sistemática y científica en su manejo, es directamente proporcional a la información que se les brinde sobre el avance del trabajo y sus resultados a lo largo del proceso.
- Uno de los pilares para la institucionalización de una metodología de trabajo en comunicación educativa es la capacitación uniforme del recurso humano; paralela al desarrollo mismo del trabajo y además la selección de un personal con las características adecuadas a las demandas del proceso metodológico.
- Otro requisito necesario para esta institucionalización metodológica es que se integran las actividades derivadas de ésta, en los procesos administrativos de la institución, presupuestando progresivamente los fondos necesarios para su ejecución.

  Un proyecto que funciona paralelo a la administración de la institución pero no integrado a los mecanismos operativos de ésta, puede tener más facilidades de operación y, por lo tanto, logros más espectaculares, pero su actividad concluirá con su finalización y la institución no habrá creado los mecanismos indispensables para continuar las actividades.

  No obstante, mientras la institución va creando y agilizando dichos mecanismos, es conveniente disponer de los recursos externos con procesos más ágiles de manejo.
- La organización de la estructura que sustenta las labores educativas es otro de los requisitos de la institucionalización. El recurso humano capacitado en los aspectos de la metodología, debe pasar a conformar unidades específicas encargadas de desarrollar cada uno de los aspectos. La estructura organizativa debe incluir unidades específicas para ejecutar los pasos metodológicos (investigación, diseño, etc). Sin embargo, la definición de funciones para cada unidad no debe romper la integración de los diferentes miembros de la organización en la toma de decisiones sobre contenidos, enfoques y formatos de las campañas educativas.
- El primer requisito para una eficaz planificación de las actividades de comunicación educativa es

que la institución defina sus prioridades y se ciña al trabajo sobre las mismas, respetando los pasos metodológicos para su ejecución.

- La educación para la salud debe integrarse a los mecanismos operativos del programa como un recurso más del mismo, funcionando desde su interior. Esto significa que se deben estudiar detenidamente los procedimientos de oferta y entrega del servicio de salud a los usuarios, para determinar en qué momentos del mismo puede necesitarse la intervención educativa y, qué forma e instrumentos deberá tener la misma.

  Esto implica una capacitación del personal del programa en los aspectos de la comunicación educativa y un crecimiento eficaz de su sistema de infraestructura y servicios.

- No es recomendable desarrollar varios temas al mismo tiempo, si éstos no pueden integrarse en un enfoque de salud común. Varios temas a la vez significan campañas de menor duración y, por lo tanto, es difícil aplicar todos los aspectos de la metodología.

  Por otro lado, las campañas cortas no disponen de tiempo suficiente para llevar a cabo la capacitación y lograr un efecto más profundo y permanente en la población.

  Es más recomendable unir temas que tengan enfoques comunes y una misma audiencia meta (como en el caso de Supervivencia Infantil) y diseñar e implementar una campaña integrada de largo plazo.

- No se debe iniciar una campaña de comunicación educativa si el programa que se pretende apoyar no tiene preparada la infraestructura e insumos necesarios para dar respuesta satisfactoria a la demanda de la población, así como el personal capacitado en los contenidos y mensajes de la campaña.

  No hacerlo así, significa un desperdicio de esfuerzos y la posibilidad de que se contradiga la información proporcionada por los medios masivos con la que proporciona el personal de salud y con la realidad del programa si éste no está preparado.

  Del mismo modo, se debe intentar que todos los materiales educativos salgan al mismo tiempo formando un paquete educativo integral, que se adapte al proceso de entrega de servicios del programa de salud que se apoye.

- Ninguno de los medios utilizados en las campañas tiene una significación especial, por sí solo, en el

resultado de las mismas. Aunque la radio parece ser más fuerte en la difusión de los mensajes, éstos necesitan de la educación interpersonal para reforzar su creadibilidad y aceptaciónn en términos de comportamiento, y de los gráficos para asegurar su recuerdo por más tiempo.

Las campañas deben integrar los diferentes medios para lograr un impacto realmente significativo.

ANEXO 1

MATERIALES PRODUCIDOS DURANTE EL PROYECTO

No. ORDEN	MATERIALES/CAMPAÑAS EDUCATIVAS	1983	1984	1985
1.-	Campaña de Malaria:			
	Cuñas producidas	5		
	Cuñas difundidas	9,394	15,869	
	Programas radiales	37	43	
	Desplegables	256,900		
	Folletos	80,000		
	Carnet de Colaboradores	6,000		
	Diploma de Colaboradores	6,000		
	Personas Investigadas	510		
2.-	Campaña de Control de Diarreas:			
	Cuñas producidas	3	2	
	Cuñas difundidas	15,885	22,392	34,164
	Programas radiales	162	120	
	Desplegables	100,000		
	Afiches	17,700	25,000	20,000
	Hojas paquete	140,000	100,000	100,000
	Banderines	6,000	2,000	
	Fotonovelas	40,000		

	Rotafolios	625		
	Calendarios	50,000	20,000	
	Manuales para guardianes	3,000	3,000	
	Personas investigadas	690		
3.-	Campaña de Tuberculosis:			
	Cuñas Producidas	3		
	Cuñas difundidas	11,596		34,164
	Programas radiales	135	130	
	Afiches	15,000		15,000
	Rotafolios	1,000		
	Folletos	20,000		
	Vasos instructivos		300,000	
	Personas Investigadas	814		
4.-	Campaña de Inmunizaciones:			
	Cuñas producidas	6	22	
	Cuñas difundidas	13,380	58,196	79,716
	Programas radiales	120	285	
	Desplegables	100,000	100,000	
	Suplementos Prensa		50,000	50,000
	Afiches	60,000	60,000	30,000
	Tarjetas de Vacunación		100,000	
	Spots de TV producidos	1	2	
	Personas Investigadas	580		

5.-	Planificación Familiar:			
	Cuñas producidas	3		4
	Cuñas difundidas	2,613	7,839	11,388
	Afiches	10,000		
	Personas Investigadas			
6.-	Campaña de Rabia:			
	Afiches			5,000
7.-	Nutrición:			
	Afiches-Calendario		10,000	
8.-	Capacitación de Técnicos:			
	Investigación de Base	15		
	Validación de materiales	15		
	Técnicas de radiodifusión educativa	27	22	
	Metodología de la Comunicación Educativa		12	36
	Programación de materiales gráficos		5	