



ALGUNAS TENDENCIAS DE LA EDUCACION Y PARTICIPACION COMUNITARIAS EN SALUD EN AMERICA LATINA

Leonel D. Gallardo¹

El proceso de educación y participación comunitarias en salud en América Latina ha llegado a ser un componente indispensable de los programas de salud y presenta una gran variedad de modalidades y enfoques, tanto en el aspecto conceptual como en el metodológico, por lo que es difícil llegar a una síntesis totalmente objetiva. Se propone un esquema que resume algunas de las tendencias del proceso.

Introducción

Las recomendaciones emanadas de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata (1) han respaldado los esfuerzos realizados en los países por incorporar a las comunidades en el desarrollo de planes, programas y actividades de salud. Estos esfuerzos se han basado en diversos conceptos, enfoques y terminología que hacen compleja la tarea de analizar y sintetizar esta experiencia histórica (2-4). En la terminología básica aplicada a la salud hay una variedad de énfasis y connotaciones para términos que en la práctica tienden a ser sinónimos, por ejemplo, desarrollo de la comunidad, participación comunitaria para el desarrollo, educación comunitaria, educación popular en salud, educación para la salud, promoción de la comunidad y otros. Los programas con la denominación de desarrollo de la comunidad pueden ser casi por entero educativos, y a la vez otros, de educación para la sa-

lud, se centran en el desarrollo de proyectos comunitarios de salud en los cuales la educación se considera un elemento de apoyo.

Con fines didácticos y de ordenamiento, se estimó conveniente considerar la educación y la participación comunitarias en salud como una unidad conceptual que incluye los cuatro elementos siguientes: comunidad, participación, salud y proceso educativo. Es decir, las personas constituidas en comunidad, que participan en alguna medida en la resolución de problemas que les incumben, como es la salud, experimentan un proceso educativo de cambio, como individuos y como grupos.

En este estudio se pretende analizar de manera descriptiva algunas de las tendencias que se han observado en los países de América Latina en cuanto a la educación y participación comunitarias en salud. La información proviene básicamente de las experiencias del autor en nueve países de América Central y América del Sur y de documentación bibliográfica, la mayoría no clasificada ni publicada, formada por escritos elaborados por el personal de los programas en su trabajo.

¹ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Guatemala, Guatemala.

Definición de conceptos

Los conceptos utilizados para definir algunos términos clave que aparecen en este artículo son los siguientes:

Comunidad. Grupo de personas que habita un territorio geográfico definido, que tiene intereses comunes y un sentido de pertenencia al grupo y que posee algún grado de organización, con instituciones y líderes que lo representan. El número de personas en una comunidad puede ser desde cincuenta a dos mil. En un medio urbano se identifican para los programas de salud como barrios y como aldeas en un medio rural. Este concepto es equivalente a lo que se conoce también como comunidad de base.

Participación de la comunidad. Se refiere a la responsabilidad que asume la población y a su injerencia activa en la identificación de problemas de salud y desarrollo locales, así como en la formulación, ejecución y evaluación de los programas.

Educación de la comunidad. Es el conjunto de actividades de naturaleza educativa que se realiza en las comunidades como componente de los programas de salud y desarrollo, para motivar a la población a participar en forma consciente en programas o actividades destinados a resolver los problemas que tienen, tanto como individuos o como grupo social.

Proceso educativo. Es el aprendizaje cognoscitivo (toma de conciencia) y el cambio positivo de comportamiento y actitudes que ocurren en los individuos y en los grupos sociales, en forma progresiva en el tiempo, perfecta en lo intelectual y conducente al logro de una mejor calidad de vida.

Educación formal. Se refiere al sistema de educación escolar de un país, con enseñanza primaria, media, técnica y superior.

Desarrollo comunitario. Es el proceso creciente de mejoramiento en la cultura y bienestar de la comunidad que se alcanza

mediante la participación activa, consciente y organizada de la población.

Voluntario de salud. Es una persona que acepta en forma solidaria asumir responsabilidades en el desempeño de tareas específicas que contribuyan al mejoramiento de la salud individual, familiar y colectiva de la comunidad en la cual reside.

Tendencias de la educación y participación comunitarias en salud

Tendencias en cuanto a la concepción filosófica

Los enfoques dados respecto al papel que juega o al valor que se le asigna al hombre, como persona humana, en los programas de salud están a veces explícitos en documentos y otras veces implícitos en el sentir o decir del personal. Un ordenamiento de tales concepciones es el siguiente:

Concepción humanista. Se concibe a la salud como parte del desarrollo integral del hombre, quien podrá disfrutar de ella en la medida en que participe y eleve su nivel de cultura en salud de manera paralela a otros valores sociales. Un ejemplo es el Programa de Educación Radiofónica de Acción Cultural Popular (ACPO) en Colombia (5) que apoya con educación a todos los sectores de desarrollo en el área rural y tiene como foco de interés el mejoramiento de la capacidad humana y de sus valores morales.

Concepción democrática. Pone de relieve la necesidad de dar igualdad de oportunidades de servicios de salud con alto grado de injerencia comunitaria en la toma de decisiones y en la ejecución de los programas. Un ejemplo de esta concepción es el Sistema de Educación Extraescolar de Guatemala, que cuenta con una red nacional de comités en favor del mejoramiento comunal y de promotores de salud (6-9).

Concepción tecnológica y positiva. Se-

ñala la necesidad de elevar el nivel de salud mediante el propio esfuerzo de la gente y el rendimiento de los programas de salud mediante mano de obra y aporte de recursos comunales. Expresa también que la educación y participación comunitarias en salud es un método a la vez que un instrumento de los programas para procurar la óptima utilización de los servicios o prestaciones por parte de la comunidad público o clientela. Casos típicos son el Programa de Obras Rurales por Cooperación de México, y la mayor parte de los programas de saneamiento básico rural de los países (7).

Concepción político-ideológica Procura que la educación y participación comunitarias en salud sea un método y un instrumento para promover la organización popular y transferir un mayor poder al pueblo. Se cuestiona la situación de salud analizando relaciones dialécticas de causa-efecto, confrontándolas con sistemas sociales y políticos. En esta tendencia participa el actual Programa de Educación Popular en Salud de Nicaragua, que dice buscar "la creación de un hombre nuevo dentro de nuevas relaciones sociales" (10, 11).

Concepción pragmática. Se caracteriza por el intento de delegar las actividades de educación y participación comunitarias en salud en grupos privados, la mayor parte altruistas o solidarios, dejando los recursos estatales para la prestación de servicios preventivos o curativos de salud. Ejemplos de esta tendencia son los programas de promoción de la planificación familiar, los colaboradores de la lucha antimalárica, así como las ligas de lucha contra algunas enfermedades, como cáncer, diabetes, alcoholismo, tuberculosis, etc. (7).

Tendencias en cuanto a las políticas y estrategias

El análisis de políticas y estrategias se hace en forma conjunta, ya que no se encuentra en los planes una unanimidad conceptual para ambos términos. Así, en

algunos casos, el desarrollo de la comunidad se menciona como política y, en otros, como estrategia; lo mismo ocurre con la educación comunitaria en salud. A continuación se señalan las políticas y estrategias más relevantes.

Educación para la salud en el sistema de educación formal. La educación y participación comunitarias en salud se centran sobre todo en el aspecto educativo. Se trata de desarrollar programas de enseñanza en salud a nivel del sistema escolar formal, incorporando los contenidos de dichos programas en asignaturas como ciencias naturales o educación para el hogar, o bien creando una asignatura o una unidad técnico-pedagógica para la enseñanza de la salud. Otras veces se procura la participación de la comunidad escolar para apoyar programas de salud; tres situaciones que a menudo se repiten en salud están relacionadas con saneamiento ambiental, alimentación y vacunaciones. Como ejemplos de programas pueden señalarse las Comisiones Mixtas de Salud y Educación de Chile (12), la Televisión Educativa de El Salvador (13), el Programa Integrado de Nutrición Aplicada (PINA) de algunos países de América Central y América del Sur (7), de tendencia variable, y los programas de Educación Nutricional del Ministerio de Educación de Panamá (14).

Organización y desarrollo de la comunidad. Son las formas más frecuentes de la educación y participación comunitarias en salud. Mediante ellas, se promueve la organización de la comunidad en comités vecinales, denominados de salud, los cuales desarrollan proyectos comunitarios de salud con un cierto grado de participación de la gente en las decisiones locales. La educación comunitaria tiende a realizarse en forma paralela, con objeto de obtener una mayor racionalidad en las decisiones; se actúa sobre la base de que es mejor que la gente reconozca cuáles son sus necesidades reales en materia de sa-

lud. Como ejemplos se pueden mencionar el Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud (PRACS), de Nicaragua (15); el de Obras Rurales por Cooperación, de México y el Sistema de Educación Extraescolar, de Guatemala (8, 9).

Educación no formal. Se considera a la educación y participación comunitarias en salud como una forma de educación fundamental para aquellas personas que no asisten o no han tenido acceso al sistema de educación formal. En este caso, se nota una tendencia a la coordinación interinstitucional, en especial en las instituciones de salud, agricultura y educación. Este es el caso de los Programas PINA, el Sistema de Educación Extraescolar de Guatemala (9) y el Sistema de Producción y Capacitación Audiovisual Rural (SIPCAR) de Honduras (16).

Programas de divulgación por medios de comunicación de masas. Dado el alto costo de estos medios, la tendencia es a utilizarlos en campañas de salud cuando se desea ofrecer un servicio y obtener en forma rápida una respuesta de la población a una situación específica; como ejemplos generales se pueden señalar las vacunaciones, los exámenes para detección de algunas enfermedades y la oferta de servicios de planificación familiar. Cuando los medios son propiedad de los gobiernos, es posible encontrar mayor persistencia de este tipo de programas, como es el caso de la Televisión Educativa de El Salvador. Los ministerios de salud de Colombia y El Salvador han realizado campañas nacionales intensivas en programas de control de la rabia y de vacunación infantil, respectivamente, logrando excelentes resultados.

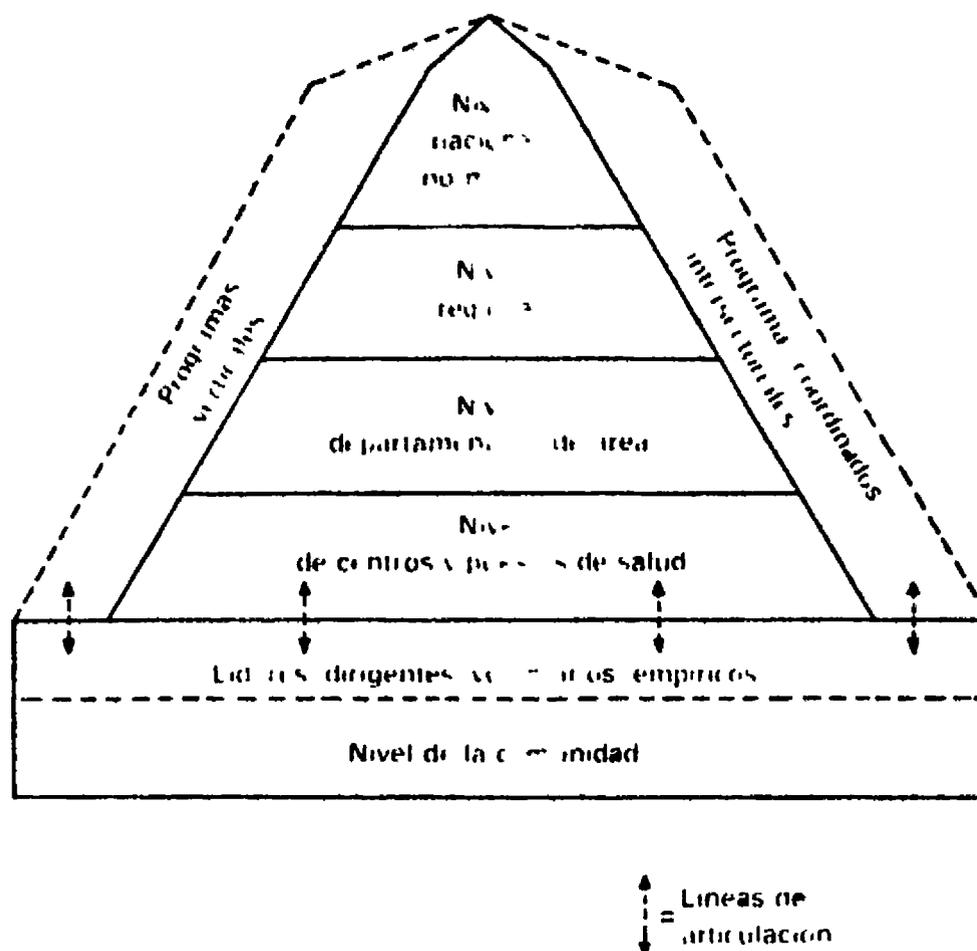
Trabajo con voluntarios de salud. Ha tenido gran auge en el decenio de 1970 y en el decenio actual, y constituye una política y una estrategia de la atención primaria de salud. Los trabajadores voluntarios son denominados promotores, colaboradores o responsables de salud; pueden ser líderes naturales o "emergentes" de la acción de los programas. En países funda-

mentalmente rurales y donde no hay atención institucional del parto, ha adquirido también importancia la capacitación de las parteras empíricas o comadronas y su integración a los programas. La casi totalidad de los países de América Central y El Caribe y numerosos de América del Sur (17) están incorporando voluntarios en sus planes y programas de salud. Por ejemplo, en Honduras hay unos 2 000 "guardianes de salud" y unas 4 000 parteras capacitadas, en Guatemala unos 3 000 promotores y más de 5 000 parteras capacitadas (7). Los voluntarios de la lucha antimalárica de países del área malárica suman algunas decenas de miles. En Nicaragua se ha formado el colaborador rural de salud (18) y el educador popular en salud (10), en El Salvador el ayudante rural de salud (19) y en Panamá el promotor de salud (20, 21).

Tendencias en cuanto a las estructuras

Las estructuras predominantes en los ministerios de salud son las divisiones de educación para la salud o de desarrollo de la comunidad. Hay casos en que la educación y participación comunitarias en salud se organizan como un programa nacional, el que a la vez es un componente de los planes y programas de salud, sin que necesariamente exista una estructura departamentalizada; esta situación es común en saneamiento ambiental rural y salud maternoinfantil. Las actuales tendencias en cuanto a la articulación de las estructuras del sistema formal con el comunitario se muestran en la figura 1. Se considera que centros y puestos de salud son la "puerta de entrada" de la comunidad al sistema formal de salud. El sistema comunitario o no formal de salud estaría constituido por todas las personas y mecanismos, adecuados o no, que utiliza la comunidad para resolver los problemas de salud. La tendencia es que en las comunidades existan

FIGURA 1—Tendencia de la articulacion de los sistemas formal y comunitario de salud



comités y personas que las representen para entenderse y trabajar integrados con el personal de los programas del sistema formal de salud o con aquellos de tipo intersectorial. La articulación se realiza a nivel local.

Tendencias en cuanto a la tecnología

En lo que se refiere a los procedimientos técnicoeducativos a los canales o medios de comunicación y a las formas de motivar y trabajar con la comunidad, se observan las siguientes modalidades:

Medios de comunicación de masas El medio al que más se recurre es la radio, la cual se utiliza sobre todo de dos modos: a) como divulgación abierta de mensajes al público sobre temas de salud, en mensajes cortos o en programas, y b) como educación radiofónica, forma en la que constituye un medio de apoyo a programas educativos con audiencia controlada, tipo es-

cuelas radiofónicas. Un caso ejemplar que ha servido de modelo para varios países es el de las Escuelas Radiofónicas de Radio Sutatenza (ACPO) de Colombia con resultados muy positivos (5), así como las Escuelas Radiofónicas para la Salud, de Nicaragua (22). A la televisión educativa se le reconoce un gran valor, pero su uso es limitado debido al alto costo.

En lo referente al cine educativo, se observa una tendencia a disminuir el uso de películas de 16 mm en las comunidades, debido a situaciones prácticas, y se da preferencia al uso del proyector de diapositivas. El cine sí continúa utilizándose en centros de capacitación con carácter más formal. En las salas de cine de las ciudades es frecuente que se pasen diapositivas con mensajes cortos de apoyo a programas tipo campaña. En cuanto a medios impresos, predominan los tradicionales, como folletos, cartillas y carteles. Sin embargo, hay experiencias en programas materno-infantiles con historietas y fotovelas.

Desarrollo de proyectos comunitarios como centros de interés. Esta es una tendencia clara de la educación y participación comunitarias en salud en el sentido de utilizar los proyectos de salud como incentivos para motivar y lograr la participación de las comunidades en los esfuerzos por mejorar sus condiciones de bienestar y salud. Como ejemplos se pueden mencionar los proyectos de agua potable rural, letrización y alimentación. El desarrollo de proyectos es una excelente oportunidad de fusión de los componentes educativo y participativo, al disponer de una base material de recursos que ayuden a resolver problemas cuyos resultados estén a la vista de la población. Por una parte se exige a las comunidades que se organicen y pongan mano de obra; por la otra, los programas aportan orientación técnica y suministros materiales que sirven de incentivos. Las actividades educativas en salud se realizan en forma simultánea.

Métodos y técnicas educativos. En este aspecto, destacan tres tendencias innovadoras. En primer término, lo que se ha llamado la educación participativa, con numerosas técnicas en las que predomina la actividad del educando sobre la del educador; en segundo lugar, los módulos de autoinstrucción, a veces asociados con educación continua de personal y, por último, el uso de la técnica del taller de trabajo. En este caso se puede citar el Programa de Educación Popular de Nicaragua (10) en el cual, mediante la técnica de taller, se realiza una educación en salud de tipo multiplicativo en que cada participante tiene la responsabilidad de reproducir el taller en su esfera de acción social. La educación participativa ha adquirido relevancia en América Central en los programas de educación alimentario-nutricional y en los de prevención de diarreas (23).

Otros métodos y técnicas que siguen en uso son la demostración, la clase o charla

tradicional, la dramatización y la educación de grupo, esta última con modalidades variadas.

Tendencias en cuanto a los recursos que se asignan

Recursos humanos especializados. Por una parte, se reconoce que la mayoría del personal operativo debe cumplir funciones de educación y participación comunitarias en salud pero al mismo tiempo deben existir profesionales especializados y de dedicación exclusiva, tales como profesionales de salud que han recibido alguna capacitación formal relacionada con educación y participación comunitarias en salud; educadores en salud, con formación de posgrado para profesionales provenientes de los campos de educación o ciencias de la conducta; trabajadores sociales, y científicos de la conducta como antropólogos, sociólogos y psicólogos. Además, existe una tendencia a incorporar a los comunicadores sociales.

Recursos humanos no especializados. En primer término, debe citarse al personal de salud de campo, al que se capacita sobre educación y participación comunitarias en salud en programas cortos de educación en servicio; luego están los representantes o voluntarios de la comunidad, promotores, líderes o responsables, a quienes se les adiestra² y asigna responsabilidades de salud en grado variado, con énfasis en actividades de educación, promoción y prevención; cuando van a cumplir funciones de curación y primeros auxilios hay un mayor cuidado en proporcionar una capacitación más completa, reglamentar sus funciones y ejercer una buena supervisión. Un recurso de la comunidad al que se le ha dado im-

² Los términos capacitación y adiestramiento se utilizan en este trabajo con el mismo significado.

portancia en este sentido lo constituyen las parteras empíricas, a quienes se les enseña a mejorar su trabajo tradicional y se les proporcionan recursos para facilitar la aplicación de las enseñanzas, como es el caso de los programas maternoinfantiles de los ministerios de salud de El Salvador (24), Guatemala (6) y Honduras (25).

Recursos materiales. La tendencia en el aspecto educativo es mantener unidades de producción de materiales de enseñanza en salud y proveer equipos audiovisuales; estas unidades están o bien equipadas para diseñar y producir, o bien solo para diseñar materiales, encargando la producción a empresas privadas (7).

Tendencias en las metodologías de planificación y desarrollo

De las situaciones descritas se puede inferir que la variedad de enfoques y modalidades afecta también al proceso de planificación y desarrollo de la educación y participación comunitarias en salud; sin embargo, haciendo conceptualizaciones amplias, se observa que este proceso tiende a ser un componente integrado con los demás componentes de los planes de salud y, como tal, se procura cumplir con las cuatro etapas conocidas de diagnóstico, planificación, desarrollo y evaluación; de ellas la primera y la última son las que presentan mayores deficiencias metodológicas.

En el flujograma que se presenta en la figura 2 se intenta esquematizar las etapas, considerando a la educación y participación comunitarias en salud como un proceso y tratando de armonizar las tendencias analizadas. Este esquema ha sido elaborado basándose en dos ejemplos de problemas de salud de atención prioritaria en los países en desarrollo, como son la desnutrición y las diarreas. Dado que este es un esquema modelo en el que se seleccionan experiencias de numerosos progra-

mas en sus aspectos más positivos, no es probable que haya alguno en particular en que se desarrolle el modelo completo.

En el flujograma se muestra, en primer término, el diagnóstico educativo, el cual destaca la necesidad de precisar de qué manera el comportamiento humano es un factor condicionante de los problemas y determina así la llamada línea de base a partir de la cual se planificarán los cambios, los que a la vez serán objetivos y metas de la educación y participación comunitarias.

En la etapa de planificación se destacan las tres estrategias en que se pueden resumir las diversas tendencias metodológicas que son: la educación formal, la educación no formal, referida a la educación que se realiza con personas que no participan del sistema de educación formal, y los medios de comunicación de masas. Cada país presenta sus propias modalidades en forma de programas o proyectos específicos, algunas de cuyas actividades relevantes se han señalado en el flujograma para cada estrategia. También puede ocurrir en la práctica que estas actividades sean programas en sí, como por ejemplo: capacitación de voluntarios, escuelas radiofónicas, organización de la comunidad, etc. La producción de materiales de enseñanza y equipamiento es una estrategia de apoyo a las demás.

En lo que respecta a la planificación propiamente didáctica o de enseñanza, sus formas metodológicas son parte de la programación en las estrategias y sus actividades correspondientes.

A la planificación sigue la etapa de desarrollo, la cual en la realidad se integra con el resto de las actividades de los programas. Dado que esta etapa es la ejecutiva y, por tanto, la más importante, es necesario identificar dos elementos que en los hechos la condicionan en alto grado y que son, por una parte, la motivación o interés que muestren las autoridades del nivel de decisiones y, por la otra, los re-

cursos que se le asignen a la educación y participación comunitarias en salud.

La etapa de evaluación — que por razones de orden se pone en cuarto término — en la realidad está presente en todo el proceso, aun en el diagnóstico, el cual desde el punto de vista educativo es una evaluación previa. Sin embargo, las evaluaciones constituyen la parte más débil de la metodología en los programas observados. lo cual es muy claro para quienquiera que desee diagnosticar o evaluar el impacto de la educación y participación comunitarias, tanto en su contribución al mejoramiento de los niveles de bienestar y salud, como en la participación y cambio de comportamiento individual o de grupo.

Factores y causas que influyen en las características de los programas

Se han tratado de identificar algunas causas por las cuales el desarrollo programático y tecnológico de la educación y participación comunitarias en salud ha sido irregular en el tiempo y variable en lo conceptual y metodológico, tanto entre países como en la evolución histórica de un mismo país. Sin que implique prioridad de orden y sin agotar todas las causas, se señalan las siguientes:

a) El pensamiento político e ideológico de los grupos gobernantes. Así, en programas de salud de gobiernos de tendencias progresistas o de aquellos en que el Estado tiene mayor injerencia en los asuntos sociales y económicos, se tiende a poner más énfasis en la participación de la comunidad.

b) Las características socioculturales de las poblaciones. Es claro que en áreas de países con población indígena con costumbres y dialectos propios, con elevados índices de analfabetismo, o simplemente con población marginada, se dificulta la educación y participación comunitarias en salud.

c) Los recursos asignados al sector social, y en lo específico a salud, ya que es obvio que con recursos para la educación o incentivos para la participación es más factible lograr resultados exitosos en los programas.

d) La influencia de las agencias que proveen asistencia técnica y recursos, las cuales pueden exigir o no que los programas tengan un componente de educación y participación comunitarias en salud.

e) El grado de interés sobre dicha educación y participación de los grupos de decisión de las políticas de salud, y aun a veces el interés de personas individuales con alto poder de decisión.

f) El tipo de problemas de salud más apremiantes y las prioridades en sus medidas de solución. A este respecto se observa que en los países en que se ha otorgado prioridad a los programas de saneamiento básico ambiental, se ha fortalecido la educación y participación comunitarias en salud en las zonas rurales. Otro tanto ha ocurrido con los programas de adiestramiento a parteras empíricas.

g) El papel que juega el comportamiento humano como factor condicionante de los problemas y el reconocimiento o valor que las autoridades den a este hecho. Esto es fácilmente comprobable cuando se estudian en los países las políticas y normas de educación y participación comunitarias en salud y se las compara con los recursos humanos y el presupuesto que se les asignan. Lo común es que se le dé un alto valor en las declaraciones de principios, pero no en los recursos que se le destinan.

Resumen

Se analizan algunas tendencias existentes en América Latina de la educación y participación comunitarias en salud. Un hecho relevante es la gran variedad de modalidades que existen a este respecto y el

énfasis que se le ha dado en los países en lo conceptual, en sus políticas y estrategias y en los aspectos metodológicos educativos y de promoción de la comunidad. Esto se debe, entre otras cosas, al pensamiento político e ideológico de los gobiernos, al grado de interés sobre la educación y participación comunitarias en salud de las personas que toman las decisiones, a la influencia de las agencias que proveen los recursos, al tipo de problemas de salud de atención prioritaria y a las características sociales, culturales y económicas de las poblaciones involucradas.

— Otro hecho importante es el reconocimiento de que la educación y participación comunitarias en salud es un componente indispensable en los planes, programas y actividades de salud, ya que se ha incorporado en prácticamente todos los países, aunque con grados de intensidad variados. Por último, se propone un flujograma que aclara que la educación y participación comunitarias en salud es un proceso que, por sus características metodológicas y estratégicas, puede integrarse en la administración de la salud pública. ■

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma Ata 1978. Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. (Serie Salud para Todos 1.)
2. Organización Panamericana de la Salud. *Extensión de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Resumen de la situación en la Región de las Américas*. Washington, D.C., 1978. (Documento Oficial 156.)
3. Organización Panamericana de la Salud. Un modelo de estudios nacionales orientados al análisis crítico del estado actual de la educación y participación de la comunidad en los programas y servicios de salud. Washington, D.C., 1979. (Documento mimeografiado), 77 pp.
4. Organización Panamericana de la Salud. Educación comunitaria en salud: Evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias. Discusiones Técnicas. Washington, D.C., septiembre de 1980. 33 pp.
5. Brumberg, S. F. Medios masivos de comunicación al servicio del desarrollo rural en Colombia. Acción Cultural Popular (ACPO). Bogotá, 1974. (Documento de Trabajo N° 22), 105 pp.
6. Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud. Plan Nacional de Salud 1978-1982. Metodología para la programación local y estrategias de aplicación-esquema preliminar. Vol. III. Guatemala, 1978. (Documento mimeografiado.)
7. Gallardo, L. La educación y participación comunitarias en salud en el ambiente rural de América Latina. Trabajo presentado en la Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, San Juan, Puerto Rico, 31 de mayo-4 de junio de 1981. (Documento mimeografiado.)
8. Guatemala. Secretaría de Coordinación de Educación Extraescolar. Bases para la conformación de un marco teórico del Sistema Nacional de Educación Extraescolar en Guatemala. Documento presentado en el Taller de Panajachel, 19-20 de junio de 1980. Guatemala, 1980. (Documento mimeografiado), 89 pp.
9. Guatemala. Secretaría de Coordinación de Educación Extraescolar. Estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Educación Extraescolar. Guatemala, noviembre de 1980. (Documento mimeografiado), 26 pp.
10. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública. *Educación y participación en salud*. Managua, 1981. 58 pp.
11. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública. *Jornadas populares de salud*. Managua, 1981. 45 pp.
12. Chile. Dirección General del Servicio Nacional

- de Salud, Sección de Educación para la Salud. *Manual de normas educativas por programa*. Santiago, 1970.
13. El Salvador. Televisión Educativa. Televisión y reforma educativa de El Salvador Informe sobre el cuarto año de investigación El Salvador, agosto de 1978. (Documento mimeografiado). 149 pp
 14. Parillón, C. *Importancia de la planificación de políticas y programas de alimentación y nutrición en Panamá* Panamá, Ministerio de Salud, 1980. 40 pp
 15. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública, División de Educación para la Salud. *Programa rural de acción comunitaria en salud. Compendio de un año de operaciones Vol. 1*. Managua, junio de 1977. 61 pp.
 16. Honduras. Instituto Nacional Agrario *Sistema de producción y capacitación audiovisual rural (SIPCAR)* Curso: Mejor vida en un ambiente sano. Tegucigalpa, 1980 144 pp.
 17. Organización Panamericana de la Salud. *Seminario sobre utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural Informe Final* Washington, D.C., 1975. (Publicación Científica 296), 23 pp.
 18. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública, División de Educación para la Salud. *El colaborador rural de salud Vol. 4*. Managua, junio de 1977. 89 pp.
 19. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Informe Final de la II Evaluación del Programa de Ayudantes Rurales de Salud* San Salvador, 1980. 134 pp.
 20. Panamá. Ministerio de Salud Area Sanitaria de Colón. Programa de organización y educación para la salud a la comunidad. Colón, 1978. (Documento mimeografiado.)
 21. Panamá Ministerio de Salud, Dirección de Docencia e Investigación Atención primaria en salud La experiencia panameña. Panamá, 1978 (Documento mimeografiado). 295 pp.
 22. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública, División de Educación para la Salud. *Escuelas radiofónicas para la salud. Sujetos y no solo objetos de desarrollo*. Managua, febrero de 1979. 92 pp.
 23. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, División de Biología y Nutrición Humana. Informe Final del Proyecto: Medidas de Control de la Contaminación Fecal en el Ambiente Domiciliar. Vol. 1. Guatemala. INCAP, 1981.
 24. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Manual para parteras*. San Salvador, 1979. 200 pp.
 25. Honduras. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional de Salud 1979-1983* Tegucigalpa, 1979.

Current trends in community health education and participation in Latin America (Summary)

Certain current trends in community health education and participation in Latin America are examined in this paper. An outstanding fact is the great variety in the forms that such education and participation assume and the emphasis that the countries have placed on the concept in their policies and strategies and in methodological aspects of education and community promotion. Such variety and emphasis are, in part, the result of the governments' political and ideological thought, the decision-makers' degree of interest in community health education and participation, the type of priority health care problems and

the social, cultural and economic characteristics of the populations involved.

Another important factor is that community health education and participation are recognized as essential elements in health plans, programmes and activities, as demonstrated by their having been incorporated in practically all the countries, albeit to different degrees. Finally, a flow chart is presented, which clearly shows that community health education and participation is a process that can be incorporated into public health administration because of its methodological and strategic characteristics.

Algumas tendências da educação e participação das comunidades no campo da saúde na América Latina (Resumo)

Analisa-se algumas tendências existentes na América Latina quanto à educação e participação das comunidades em matéria de saúde. Um fato que sobressai, é a grande variedade de modalidades que existem como evidência desse interesse e a proeminência que se lhes dá nos países, em questões de conceituação, nas suas políticas e estratégias, sob aspectos metodológicos educacionais e de promoção da comunidade. Isto se deve, entre outras razões, ao pensamento político e ideológico dos governos, ao grau de interesse na educação e participação das comunidades pela saúde das pessoas responsáveis pela tomada de decisões, à influência das organizações que fornecem recursos, ao tipo de problemas de

saúde que merecem atenção prioritária e às características sociais, culturais e econômicas das populações comprometidas.

Outro fato importante é o reconhecimento que a educação e participação das comunidades em matéria de saúde é um componente indispensável dos planos, programas e atividades de saúde visto que já está praticamente incorporado em todos os países mesmo que seja com graus de intensidade que variam de uns a outros. Propõe-se finalmente um fluxograma que tem em vista esclarecer que a educação e participação das comunidades em matéria de saúde é um processo que, pelas suas características metodológicas e estratégicas pode integrar-se à administração da saúde pública.

Quelques tendances de l'éducation et de la participation communautaires dans le domaine de la santé en Amérique latine (Résumé)

Quelques tendances de l'éducation et de la participation de la communauté dans le domaine de la santé en Amérique latine sont ici analysées et un fait marquant est signalé, à savoir: que la grande variété de modalités et l'importance donnée dans les divers pays à l'aspect conceptuel dans leurs politiques et stratégies, ainsi que dans la méthodologie et la promotion de la communauté sont dues, entre autres choses, à la pensée politique et idéologique des gouvernements; elles sont également fonction de l'intérêt dont témoignent ceux qui prennent les décisions à l'égard de l'éducation et de la participation communautaire dans le domaine de la santé, et dépendent en outre de l'influence exercée par les institutions qui fournissent les ressources, de

la nature des problèmes de santé prioritaires et des caractéristiques sociales, culturelles et économiques des populations concernées.

Autre fait important est que l'éducation et la participation communautaires dans le domaine de la santé constituent un élément indispensable dans les plans, programmes et activités sanitaires auxquels elles sont pratiquement incorporées dans tous les pays, bien qu'à des degrés divers. Enfin, il est proposé d'établir un diagramme mettant en lumière le fait que l'éducation et la participation communautaires constituent un processus qui, par ses caractéristiques méthodologiques et stratégiques peut s'inscrire dans le cadre de l'administration de la santé publique.