87739
3-A 88 4638
Box 27
IDRC - Lib. 87739

EVALUACION INTERNA
DE PROYECTOS LATINOAMERICANOS DE INVESTIGACION
SELECCIONADOS POR SU ENFOQUE
DE EDUCACION PARA LA SALUD
1981-1988

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo
CIID/LARO

INES DURANA, Ph.D.
Enfermera

BIBLIOTHEQUE DU CRDI
OTTAWA
JAN 15 1997
IDRC LIBRARY

BOGOTA D.E, COLOMBIA
MARZO 1989

ARCHIV
370:613(8)
D R

CONTENIDO

		Página
INTRODUCCION		1 - 3
II	PERFIL DE LOS PROYECTOS SELECCIONADOS (Salud y Ciencias Sociales)	
	A- Temas Sustantivos	4 - 14
	B- Metodologias Propuestas	15 - 19
	C- Poblaciones Objeto del Estudio	20 - 24
	D- Beneficiarios Potenciales	25 - 26
	E- Métodos de Evaluación	26 - 28
	F- Agentes Involucrados en el Proceso	29 - 31
	G- Tipo de Orientación Educativa	32 - 40
	H- Tipo de Participación Objeto	41 - 43
	I- Instituciones Apoyadas	44 - 45
	J- Investigadores	46 - 52
III	ANALISIS DE LOS INFORMES DE ALGUNOS PROYECTOS	53 - 70
	Salud	
	3-P-83-0124 República Dominicana	
	3-P-83-0177 Chile	
	3-P-85-0046 Costa Rica	
	3-P-86-0132 Panamá	
	3-P-83-0330 Colombia	
	3-P-85-0293 Mexico	
	3-P-87-0155 Mexico	
	3-P-88-0216 Colombia	
	3-P-85-0150 Jamaica	
	Sociales	
	3-P-81-0168 Colombia	
	3-P-81-186 Argentina	
	3-P-85-0062 Ecuador	
	3-P-85-0341 Colombia	
	3-P-85-1026 Chile	
	Comunicaciones	
	3-P-86-0258 Colombia	
IV	CONCLUSIONES	87 - 89
V	RECOMENDACIONES	90 - 91
	APENDICE 1 Directorio de Proyectos Seleccionados	92 - 99
	BIBLIOGRAFIA	
	Articulos Revisados	
	Investigación Bibliográfica 1987-88	

INTRODUCCION

Este informe se basa primero en una revisión extensa de 484 proyectos ubicados en archivos del CIID/LARO, correspondientes a los años 1981-1988, de las Divisiones de Salud (136) y Ciencias Sociales (368), con el fin de seleccionar, para mayor análisis, los proyectos en educación en salud o que tengan algún componente de ésta (1).

En cuanto a los criterios para seleccionar los proyectos, en primera instancia se excluyeron las investigaciones cuyo título indicaba la ausencia de una relación directa o indirecta con el área de educación para la salud. Por ejemplo proyectos sobre tenencia de tierra, en el caso de la división de Ciencias Sociales, y encuestas y monitoreos nutricionales, en el de la División de Salud. Posteriormente se hizo una nueva selección teniendo en cuenta que:

1) hubiera procesos educativos en el proyecto;

2) que entre los objetivos figurara la elaboración de materiales de capacitación;

3) que se esperaran resultados en términos de un mayor conocimiento relacionado, en lo posible directamente, con educación para la salud; y

4) que se vislumbraran procesos masivos frente a una mayor concientización en salud.

Naturalmente no todos estos criterios fueron encontrados en los resúmenes de proyectos revisados. Este proceso dió como resultado la selección de 31 proyectos en Salud, 12 en Ciencias Sociales y uno en Comunicaciones. De ningún modo los resultados de esta evaluación tienen un carácter generalizable. Son representativos en forma limitada; más bien deben considerarse como propios de un estudio de caso.

Donde quiera que fue posible se cuantificaron los resultados con el fin de hacerlos más fácilmente comprensibles.

---

(1) De la División de Comunicaciones se seleccionó solamente un proyecto que, a juicio de su Director, a quien se solicitó una entrevista para definir la orientación del estudio, se encontró directamente relacionado con Educación para la Salud.

Por último se analizaron de nuevo los archivos disponibles para determinar la existencia de informes parciales y finales de los 43 proyectos escogidos. Esta revisión dió como un primer resultado la selección de 9 informes de Salud, 5 de Ciencias Sociales y el de Comunicaciones, que parecieron los más representativos y que contenían información relevante al tema.

En cuanto al número pareció suficiente, pero se insiste en que, aunque no son representativos en sentido estadístico, dan elementos suficientes para esta evaluación.

La comparación entre los proyectos apoyados por las dos Divisiones indica que por cada proyecto de Salud hay casi tres de Ciencias Sociales (1.981-1.984). Puede verse un incremento en el número de programas de Salud durante el segundo cuatrenio (1985-1988), en los que, por el contrario, decrece el número de proyectos de Ciencias Sociales.

La distribución de los proyectos se aprecia en la Tabla No.1.

La distribución de proyectos de investigación por países y según el año de su aprobación por el CIID muestra que de los 31 proyectos de Salud analizados, se han asignado 10 a países de Centro América, 7 del Caribe, 9 del Area Andina y 5 del Cono Sur. En lo que respecta a los proyectos de Ciencias Sociales se asignaron, de un total de 12, 8 al Area Andina, 3 al Cono Sur y un proyecto interpaíses desarrollado entre Chile, Argentina y República Dominicana.

Por tratarse de proyectos elaborados por investigadores cuya formación probablemente ha tenido lugar dentro de las metodologías tradicionales o clásicas de la investigación social o en salud, careciendo muchos de ellos de una capacitación en técnicas de educación y movilización de comunidades, se encontró que gran parte de los proyectos se refieren a los procesos educativos entendidos como enseñanza tradicional o simple transmisión de información, y que sólo algunos tienen en cuenta elementos relacionados con la participación activa de las comunidades. Otros son de tipo promocional en los que el investigador presenta una propuesta, pero las soluciones y temática son producto de un trabajo de conjunto con la comunidad. Este tipo de investigación tiene también una población objeto más específica y las metodologías están orientadas a cada grupo en particular.

Una vez seleccionados 44 proyectos (31 de Salud, 12 de Ciencias Sociales y 1 de Comunicación) se comenzó a hacer un análisis del contenido del resúmen de cada proyecto (Project Summary), especificando los criterios señalados por el CIID

para la elaboración de un perfil de los mismos, que se presenta a continuación.

Tabla No.1.

Proyectos disponibles en archivos de las Divisiones de Educación y Ciencias Sociales

(1.981-1.988)

Año	Ciencias Sociales		Salud	
	No.	%	No.	%
1981	56	15.0	9	6.9
1982	66	18.0	7	5.1
1983	59	16.0	10	7.4
1984	55	15.0	13	9.6
1985	29	9.0	24	17.7
1986	37	10.0	27	20.0
1987	47	12.0	31	23.0
1988*	20	5.0	14	10.3
Totales:	**369**	**100.0**	**135**	**100.0**

* Nota: El año fiscal del CIID se inicia el 1o. de abril de cada año calendario y se termina el 31 de marzo del año siguiente. Por consiguiente para el año calendario 1.988 los proyectos de investigación no se han concluido para efectos de este informe.

II PERFIL DE LOS PROYECTOS

(DE LAS DIVISIONES DE SALUD Y CIENCIAS SOCIALES)

A - TEMAS SUSTANTIVOS

DIVISION DE SALUD

Las áreas especificas en que se ubican los 31 proyectos de salud se clasifican en la Tabla No. 2.

Tabla No. 2

Clasificación de los proyectos de la División de Salud

Area	No.	%
Materno-Infantil	5	16.0
Salud ambiental	10	32.0
Enfermedades transmisibles	7	22.0
Servicios de salud	5	16.0
Promoción y protección de salud	3	10.0
Politicas de desarrollo social	1	4.0
Total	31	100.0

1. Materno-Infantil

Los temas tratados bajo este rubro incluyen, en primer término, los determinantes socio-económicos de

la mortalidad infantil (3-P-81-0186, Argentina), tales como el tipo de cuidado brindado por las madres en el período neonatal y hasta el primer año de vida, junto con la validez y utilidad de las metodologías de seguimiento de las madres.

El proyecto (3-P-86-0288, Honduras) se refiere igualmente a causas de morbi-mortalidad estudiando el comportamiento de las madres en su búsqueda de una atención en salud y los posibles factores de riesgo involucrados en este proceso.

Se encontraron dos proyectos referidos a programas educativos, uno referente a nutrición y destete (3-P-83-0103, Jamaica), y otro a Lactancia Materna (3-P-83-0124, República Dominicana). En ambos casos las prácticas educativas fuéron el tema central de los proyectos. Se estudiaron actitudes y conocimientos de la población objeto. Los dos proyectos contemplaron la elaboración de módulos de auto-instrucción.

El programa de nutrición y destete adicionó una segunda fase (3-P-88-0164, Jamaica) para realizar un monitoreo sobre la distribución, aplicación y proceso de utilización de los materiales generados en la primera fase.

Se encontró un estudio referente a planificación familiar (3-P-85-0293, México) sobre prácticas y conocimientos de los estudiantes de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en relación a la anticoncepción, como requisito para desarrollar un programa educativo y de asesoría para ese grupo poblacional.

Con el proyecto (3-P-86-0225, Honduras) se espera demostrar que los niños pueden ser mas efectivos para modificar comportamientos de sus familiares, que los medios tradicionales de promotoras de salud o de uso de conferencias o materiales para los adultos. Los temas tratados fueron la higiene personal y el saneamiento ambiental, especialmente el manejo del agua.

2. Control y transmisión de enfermedades

Estos 6 proyectos buscan integrar programas verticales dentro de la Atención Primaria de Salud.

En el caso del IRA (3-P-88-0230, Cuba) se mide el impacto de las intervenciones de educación en salud como factor en la prevención de la morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias (IRA) en la población infantil y los conocimientos del personal en salud y la comunidad para el control adecuado del IRA..

El proyecto EDA (3-P-87-0323, Perú) busca reducir la mortalidad y prevenir formas severas de la enfermedad diarréica aguda (EDA) mediante la alimentación materna, los sueros de rehidratación oral y la educación en salud; identificando conocimientos, actitudes y prácticas en las madres durante los episodios de diarreas con el fin de determinar qué puede influenciar la duración e impacto de éstos sobre los niños.

Aunque el proyecto de escolares sobre el control de helmintios (3-P-85-1025, Dominica) se refiere más a la investigación de la quimioterapia más efectiva, se incluyó el proyecto por cuanto el diseño del estudio incluía una campaña educativa (radio, afiches y prensa), incorporado dentro de la Atención Primaria de Salud.(El informe final no se encontró en los archivos LARO)

Según los investigadores: "En ausencia de drogas efectivas y vacunas idóneas para tratar a gran escala la enfermedad de Chagas, la única forma real de control está en la prevención". (3-P-87-0342, Paraguay). Este proyecto se propone documentar el grado y la participación comunitaria en el uso de insecticidas y en las mejoras de la vivienda con materiales y tecnologías introducidas por la investigación. Casi en igual forma, el proyecto 3-P-88-0168, Perú, respecto al comportamiento de los niños con relación a factores de riesgo en el manejo de la vivienda y en el medio ambiente.

El control de la malaria por la comunidad, con una mínima ayuda externa (3-P-88-0216, Colombia) examina tres estrategias utilizando métodos de diagnóstico temprano y un plan de tratamiento apoyado con acciones educativas. Las estrategias utilizadas fueron:

1- Un programa de salud comunitaria

2- Un diagnóstico temprano y un plan de tratamiento combinado con educación

3- Un control integrado de vectores con una activa participación de la comunidad

El estudio sobre el control de la fiebre tifoidea (3-P-84-0155, Chile) se propone determinar hábitos de higiene relacionados con la higiene personal, cocción de alimentos y otras prácticas sanitarias entre población escolar.

3. Salud Ambiental

Tres proyectos tratan la contaminación del medio ambiente por pesticidas. Uno con escolares, por intoxicación con arsénico y cadmio (3-P-87-0292, México), que desarrollará estudios en población (exámenes clínicos), evaluación ambiental (grado de contaminación) y encuestas socio económicas, en zonas aledañas a reducidores de zinc y cobre. El proyecto introduce un programa de educación a maestros y a la comunidad dirigido al control de exposición ambiental.

Otro, el 3-P-86-0219, Bolivia, es un estudio epidemiológico por envenenamiento de pesticidas en obreros agrícolas determinando época y mecanismos de aplicación junto con dosis y tipo de pesticidas para diseñar posteriormente un programa de prevención y protección personal.

El 3-P-84-0279, Colombia, consiste en evaluar la frecuencia y severidad del uso indiscriminado de Paraquat y sus efectos sobre la alimentación y la fisiopatología de la población. Los resultados se dan a conocer en un taller educativo.

El 3-P-88-0186, Perú, investiga cambios que pueden ocurrir con educación para la salud, un método de auto-diagnóstico y un sistema de monitoreo epidemiológico.

Todos los programas de salud ambiental buscan mecanismos para presentar resultados a los gobiernos para toma de decisiones respecto a cambios en las políticas de salud.

Dos proyectos se refieren a salud ocupacional: Uno en minería (3-P-87-0241, Bolivia) y el otro en la industria metalúrgica (3-P-87-0155, México). El primero hace un diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores de cooperativas mineras en Bolivia, seguido de un perfil epidemiológico de los trabajadores y sus familias para luego analizar prácticas de educación en salud, uso de medicamentos, hábitos nutricionales y acceso y utilización de servicios. El segundo, es la II fase de la investigación "Trabajo y Salud" entre trabajadores del sindicato de una metalúrgica, con el propósito de mejorar las condiciones del trabajo y disminuir riesgos para la

salud mediante el empleo de un "cuestionario colectivo" o instrumento educativo, y de acciones correctivas a través de reuniones sobre condiciones del trabajo y factores negativos para la salud.

Dos proyectos tratan sobre disposición de excretas, (3-P-87-0286, Guatemala, y 3-P-85-0132, Panamá), proponiendo la introducción de tecnologías en construcción de letrinas y compost, junto con la transformación de materiales en fertilizantes. Ambos proyectos miden el grado de aceptación social y buscan la participación de la comunidad objeto. En el segundo proyecto, además de letrinas se introducen molinos de viento con materiales locales, como el bambú.

4. Investigación de servicios de salud

Dos proyectos (3-P-83-0330, Colombia, y 3-P-85-0247, México) tratan de investigación de servicios rurales de salud, el primero de CIMDER por tratarse de un instituto de investigación dependiente de una universidad, enfoca también sus esfuerzos al desarrollo de recursos humanos, a la producción de manuales y mejora de los procesos administrativos de la Atención Primaria de Salud. Ambos proyectos investigan calidad y relevancia de la atención en salud.

Los otros tres proyectos tratan sobre la evaluación de la capacitación, uno (3-P-81-0068, Guatemala) en relación con técnicos agrícolas rurales y su desempeño en programas de manejo de aguas; otro, (3-P-85-0150, Jamaica, Indias Occidentales) se refiere a la evaluación del entrenamiento de post-grado en Salud Pública y al de Educación en Salud. El tercero, (3-P-83-0312, Dominica) es una evaluación de los conocimientos, destrezas y actitudes de las enfermeras en cuidados primarios de salud para proponer cambios curriculares de acuerdo a perfiles ocupacionales. También para actualizar la educación continuada. Se propone evaluar la distribución, cantidad, actividades e impacto en la comunidad de los servicios de salud prestados por enfermeras de cuidados primarios de salud.

5. Promoción y protección de salud

En relación con prácticas de auto-cuidado, (3-P-88-0172, Perú) este proyecto examina el papel de las farmacias de barrio en poblaciones urbanas marginadas: factores que juegan parte de la consulta en salud, valores, actitudes, motivaciones, conocimientos y otros. Igualmente, estudia las características de quienes atienden las farmacias, sus conocimientos técnicos respecto a los tipos de consulta que atienden, y los sociales, sobre la situación del barrio, sus problemas y posibles soluciones .

La detección temprana del cáncer cervical mediante la identificación de factores sociales y del comportamiento es objeto del proyecto 3-P-86-0145, Argentina, que busca identificar y evaluar conocimientos, actitudes y prácticas de salud con relación al diagnóstico y tratamiento del cancer uterino. También se propone hacer recomendaciones sobre políticas preventivas y de promoción de salud.

Medir conocimientos y actitudes de estudiantes de medicina con respecto al problema del alcoholismo es el tema del 3-P-83-0177, Chile, con el fin de lograr mejores intervenciones de prevención en la práctica médica y hacer recomendaciones al respecto para el currículum médico en Chile

6. Política y Desarrollo Social

El impacto en salud y nutrición de los programas sociales de desarrollo (3-P-85-0046, Costa Rica) se propone detectar cambios en la población objeto, mediante la evaluación de diferentes intervenciones como suplementos de alimentación escolar, saneamiento ambiental, programas educativos, monitoreos de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años, salud oral y vacunación.

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

Las áreas específicas en que se ubican los 12 proyectos de la División de Ciencias Sociales se clasifican en la Tabla No. 3.

Tabla No. 3

Clasificación de los proyectos

de La División de Ciencias Sociales

Area	No.	%
Tasas de morbilidad y mortalidad infantil	3	25.0
Organizaciones de sectores populares	6	50.0
Educación de niños y jóvenes	2	16.0
Educación en comunidades indígenas	1	9.0
Total	12	100.0

1. Tasas de morbilidad y mortalidad infantil

3-P-81-0186, Argentina: esta investigación incluyó a tres países: Argentina, Chile y República Dominicana. Se estudiaron las tasas neonatales (primer mes de vida) y postnatales (primer año de vida) y se determinaron:

- Las características de las familias para establecer la influencia del cuidado de la madre sobre la supervivencia y bienestar infantil

- Evaluar las metodologías de seguimiento para su validez y aplicación en futuros estudios.

- Capacitar estudiantes de medicina y de trabajo social en recolección e interpretación de datos primarios

3-P-85-0269, Perú: Este proyecto examinó prácticas socio-culturales en la atención de los niños menores de dos años en la zona marginada de Villa el Salvador, en Lima, con relación a:

- Procesos de enfermedad diarréica aguda

- Malnutrición

- Infecciones respiratorias

3-P-86-0213, Argentina: La tasa de mortalidad infantil expresa, según los investigadores "el nivel de desarrollo de una sociedad". Paradójicamente es un dato difícil de precisar. Por consiguiente es necesario estimarla en áreas de pobreza con el fin de identificar poblaciones en riesgo, y, consecuentemente, concentrar esfuerzos en grupos y áreas geográficas de mayor necesidad. Este estudio se propone afinar y probar procedimientos demográficos para obtener este indicador con métodos sencillos y de bajo costo. Específicamewnte se propone:

- Probar procedimientos alternativos para obtener estimativos de mortalidad infantil por medio de encuestas prospectivas basadas en seguimiento de casos.

- Comparar y precisar técnicas y métodos del "niño anterior", por medio de un monitoreo del impacto de salud y otras intervenciones sociales.

- Examinar las posibilidades de generalizar este método en hospitales y clínicas latinoamericanas, mejorando los sistemas de recolección de datios.

- Evaluar el potencial para obtener otra información socio-económica y de salud cuando se aplique esta nueva metodología.

Este estudio se realiza simultáneamente en tres países: Argentina, Chile y República Dominicana.

2. Organizaciones de sectores populares

3-P-81-0229, Ecuador: En este estudio se obtuvieron datos sobre las condiciones socio-económicas de dos comunidades, de Quito, de bajos recursos:

- Se identificaron y evaluaron las estrategias de supervivencia y auto-ayuda colectiva.
- Se entrenaron líderes de organizaciones de comunidades autónomas.

3-P-85-1026, Chile: El proyecto identifica y caracteriza organizaciones de ayuda mutua en Chile: pretende obtener información de cómo funcionan, las dificultades encontradas y la manera como fueron superadas. Específicamente se propone:

- Establecer el número, naturaleza y socios de las organizaciones de ayuda mutua.
- Conducir un estudio profundo de la evolución y organización estructural y compararlo con entidades gubernamentales y/o agencias donantes
- Evaluar dentro del sector salud, vivienda, etc. los beneficios para a la población objeto.

3-P-84-0083, Perú: en las sociedades latinoamericanas, la mujer de bajos ingresos es una importante mediadadora entre los servicios sociales públicos (salud, vivienda, nutrición y cuidado infantil). Los resultados de este estudio esperan facilitar a las entidades gubernamentales una mejor comprensión de la problemática de utilización o rechazo, por parte de la mujer y de organizaciones populares, en cuanto a servicios sociales

- Este proyecto analizó la naturaleza y cantidad de servicios urbanos y su utilización por parte de personas de bajos recursos.

3-P-87-0057, Ecuador: este proyecto estudió el éxito o fracaso de programas ejecutados por organizaciones regionales campesinas en el sector agropecuario, de la producción, artesanal y de servicios de salud, vivienda y crédito.

3-P-84-0019, Bolivia: este proyecto analizó el consumo de alimentos en poblaciones de bajos ingresos en La Paz, para:

- Determinar el presupuesto familiar relacionado con gastos de alimentación.
- Identificar los canales de distribución de productos y comestibles.
- Describir y analizar los mecanismos de compensación utilizados para afrontar condiciones adversas y recomendar medios para mejorar la canasta familiar

3-P-85-0075, Chile: este proyecto consistió en una evaluación cualitativa de la educación popular realizada por el Centro de Documentación de Estudios de Educación (SUR), en cuanto al contenido curricular y los métodos pedagógicos. Específicamente se analizó:

- Los tipos de demanda para esta educación popular y los grupos participativos.
- Se propuso un modelo para evaluar demandas educativas, métodos y materiales populares con el fin de utilizarlo en capacitación de promotores de educación popular.

3. Educación de niños y jóvenes

3-P-81-0168, Colombia: Este proyecto estudió la influencia de los hermanos mayores sobre la crianza de los menores, obtuvo información sobre las condiciones de la familia, incluyendo actitudes y comportamientos de los hermanos mayores en relación con el desarrollo físico y mental de los menores para:

- Ejecutar y evaluar una estrategia educativa.
- Medir el impacto de la intervención educativa.

3-P-85-0341, Colombia: este proyecto diseñó y evaluó un programa educativo, para ser aplicado en dos ciudades de Colombia, que propone suplir las necesidades de niñas y jóvenes abandonadas, y con experiencias en prostitución. El proyecto tuvo tres componentes:

- Evaluación de necesidades
- Elaboración de materiales apropiados para la enseñanza y el aprendizaje.
- Diseño de un modelo educativo que será adaptado en otros paises latinoamericanos (Chile,Argentina y Venezuela).

4. Educación en comunidades indígenas

3-P-85-0062 Este proyecto se propuso estudiar el desarrollo de métodos educativos eficientes en los campos de agricultura, salud, mercadeo y nutrición en poblaciones indígenas del norte y centro de la Sierra Andina Ecuatoriana

- Se tomaron en cuenta los patrones de aprendizaje, tradiciones culturales, rutinas de trabajo, creencias y prácticas de salud, para determinar las posibilidades de un cambio social.
- Se analizaron los indicadores sociales y económicos empleados para describir poblaciones rurales del Tercer Mundo, para analizar las condiciones de vida de estas comunidades.

B - METODOLOGIAS PROPUESTAS EN LOS PROYECTOS

DIVISION DE SALUD

Este análisis se refiere a 31 proyectos apoyados por la División de Salud, de 1.981 a 1.988, según se indica en el Cuadro presentado anteriormente. El análisis de los 12 proyectos de la División de Ciencias Sociales se presenta al final de este mismo capítulo.

El análisis de las metodologías, basado en los resúmenes de los proyectos, permite algunas observaciones como las siguientes:

1. La mayoría de los proyectos utilizó metodologías de investigación clásicas, si se quiere tradicionales, de las ciencias sociales, tales como encuestas socio-económicas, muestreo por estratos de algunos sectores específicos de la población, principalmente de los sectores de bajos ingresos (por ejemplo, mujeres que ingresan a hospitales y/o clínicas, familias u hogares en sectores urbanos y rurales; usuarios de determinados servicios de salud, campesinos sin tierra o propietarios de pequeñas parcelas -menores de 5 ha.- , niños del campo o de barrios pobres y otros). Trece de los 31 proyectos (40%) se refieren específicamente a la población rural.

2. Igualmente 8 de los proyectos utilizaron mediciones complementarias en aspectos directamente relacionados con distintas clases de enfermedades o infecciones, usuales en las ciencias médicas, tales como exámenes clínicos, de laboratorio y de rayos X, elaboración de historias clínicas de las personas pertenecientes a los grupos o comunidades estudiadas; dos de los proyectos incluyeron técnicas de medición antropométrica, en casos de estudios relacionados con salud infantil (3-P-85-0046, Costa Rica y 3-P-87-0323, Paraguay).

3. Por otro lado , las encuestas ambientales y epidemiológicas, y las mediciones de niveles de contaminación, tanto en el campo como en la ciudad, fueron utilizadas en seis de los proyectos (3-P-84-0155, Chile; 3-P-84-0279, Paraguay; 3-P-86-0132, Panamá; 3-P-86-0219, Bolivia; 3-P-87-0155, México; 3-P-88-0168, Costa Rica). En casi todos estos proyectos se trataba de investigar las relaciones entre enfermedades específicas y factores ambientales, con el fin de proponer recomendaciones que disminuyan la incidencia de las primeras.

Si se reúne el número de estudios que utilizaron encuestas de tipo socioeconómico y/o ambiental, constituyen 22 de los 31, o sea el 71%. Por eso mismo, en 20 proyectos el instrumento fundamental para la obtención de datos fue el cuestionario, en algunos casos complementado con tests y escalas.

Los universos a los cuales se refieren los estudios son, por lo general, pequeños; las muestras obtenidas van desde tamaños menores a 100 personas hasta 7.000 en el proyecto de mayor extensión(3-P-86-0247, México).

4. Debido a que la mayoría de los proyectos utilizan exclusivamente métodos cuantitativos (21 de los 31, o sea un 68%), se hace amplia referencia a análisis estadísticos tales como los referidos a datos censales, tests, escalas para medición de actitudes hacia determinadas prácticas de salud y/o intervenciones en éstas para cambiarlas, tasas de morbilidad y mortalidad, etc.

Utilizan información de tipo cualitativo 13 de los 31 proyectos y sólo 5 de ellos hacen uso exclusivo de esta forma de recolección de información. Es decir, que en 8 proyectos se utilizan ambos métodos con combinaciones que varían, casi siempre a favor del cuantitativo. Por información cualitativa se entiende la que generalmente se obtiene sin el uso de encuestas y cuestionarios que dan lugar a una medición cuantitativa.

5. En apenas 5 casos (3-P-81-0068, Guatemala; 3-P-83-0103, Jamaica-Antillas; 3-P-86-0145, Panamá; 3-P-86-0247, México; 3-P-88-0230, Cuba) se hizo uso extensivo de las entrevistas, tanto con la población estudiada como con sectores diferentes, vinculados principalmente a los sistemas oficiales de salud (médicos, promotores, enfermeras, supervisores, administradores, estudiantes de medicina). Sólo en un proyecto se incluyó la fotografía como técnica innovativade investigación en educación para la salud (3-P-86-0225, Honduras).

6. Siete de los proyectos se ubican claramente dentro de la categoría de estudios de caso (3-P-81-0068, Guatemala; 3-P-83-0124, Jamaica-Antillas; 3-P-86-0132, Panamá; 3-P-86-0145, Argentina; 3-P-87-0292, México; 3-P-88-0168, Costa Rica; 3-P-88-0172, Perú), y en unos de ellos se utilizan las visitas domiciliarias y la observación de tipo participante (por ejemplo, 3-P-87-0241, Bolivia)

7. Veinte de los 31 proyectos incluyen un componente evaluativo, por lo general relacionado con programas de intervención tecnológica o educativa, y con el propósito explícito, en algunos casos, de "hacer recomendaciones a las autoridades gubernamentales ". Se trata por lo general de evaluaciones referidas al impacto o consecuencias de cada intervención sobre la comunidad o población correspondiente, para lo cual es usual proponer modelos comparativos entre dos grupos, a uno de los cuales se aplica la intervención como variable dependiente, o también se hace una comparación entre usuarios y no usuarios de un determinado servicio, o entre niños con tifoidea y sin ella (3-P-84-0155, Chile)

8. Diseños de tipo experimental , en pequeña escala, con grupos más bien reducidos, fueron utilizados en cuatro proyectos (3-P-83-0124, República Dominicana; 3-P-83-0177, Chile; 3-P-84-0155,Chile; 3-P-88-0230, Cuba).

9. De acuerdo con los diferentes temas investigados, las técnicas anteriores se aplicaron para la obtención de conocimientos a diferentes niveles: no sólo respecto a las condiciones de salud del individuo y de la comunidad sino, por ejemplo, para obtener información sobre la infraestructura de servicios básicos en las comunidades urbanas marginadas, así como sobre las actitudes de las comunidades frente a las innovaciones técnicas introducidas.

10. Se llevaron a cabo acciones de intervención, para estudios experimentales con nuevas tecnologías, como en el caso de Panamá (3-P-86-0132) en el que se pretendía obtener información sobre los cambios en las condiciones de salud después de introducir letrinas y molinos de viento en comunidades rurales. Otras intervenciones se refieren principalmente a talleres y sesiones de capacitación y educación, especialmente programas de educación en salud, de las poblaciones objeto de estudio. Seis de los 31 proyectos llevaron a cabo intervenciones mediante la introducción de tecnologías diversas, mientras 12 proyectos plantean programas de educación en salud, la mayoría de las veces diseñados por los equipos investigadores, con poca participación de las comunidades a las cuales van dirigidos.

11. Los equipos investigadores en su mayoría fueron interdisciplinarios, predominando personal de ciencias sociales y de las ciencias de la salud.

12. Este resúmen indica el predominio de una línea investigativa clásica, si se quiere tradicional, propia de las ciencias sociales y de la investigación en las ciencias de la salud hasta años recientes, y todavía muy en boga.

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

A continuación se presenta el análisis sobre las metodologías propuestas en los 11 proyectos apoyados por la división de Ciencias Sociales, y seleccionados para esta evaluación.

1. De nuevo, como en el caso de los proyectos apoyados por la División de Salud, la mayoría de los apoyados por Ciencias Sociales utilizó metodologías clásicas: uno llevó a cabo un censo de organizaciones campesinas autogestionadas en tres provincias del Ecuador, junto con una encuesta de miembros de esas organizaciones y con un estudio de 11 casos (3-P-87-0057, Ecuador), tres proyectos utilizaron encuestas socio-económicas (uno de ellos además llevó a cabo una encuesta epidemiológica) (3-P-84-0019, Chile; 3-P-85-0269, Perú; 3-P-85-1026, Chile). Dos de los proyectos mencionan estudios de tipo etnográfico (3-P-85-0062, Ecuador y 3-P-85-0269, Perú). Dos se refieren casi exclusivamente a análisis estadísticos (3-P-85--1026, Chile y 3-P-86-0213, Argentina, Chile y República Dominicana), propios de los temas a tratar, y además, en el primer caso, complementados con estudios de caso en dos regiones forestales diferentes de Chile. En un proyecto no se explica qué metodología será utilizada (3-P-810229, Ecuador). 10 de los 11 proyectos revisados se refieren a poblaciones denominadas "marginales": campesinos, comunidades indígenas, mujeres de bajos ingresos y niños. La excepción se debe al proyecto que se refiere a introducir nuevas metodologías para la medición de tasas de mortalidad infantil en los tres países ya mencionados (3-P-86-0213)

2. En 8 de los 11 proyectos se utilizaron estudios de caso, bien como fuente principal de información, o como fuente complementaria para comprobar la validez de resultados o información obtenidos mediante técnicas cuantitativas. La mitad de los proyectos incorporan las entrevistas de distinto tipo en su metodología, y 3 de los 11 proyectos utilizaron cuestionarios. Las visitas domiciliarias sólo se mencionan en un proyecto (3-P-84-0019, Bolivia) para verificar la información de tipo alimentario que se requería.

3. En los proyectos tiende a predominar la información de tipo cualitativo, aunque en 4 casos se utiliza además la información de tipo cuantitativo.

4. En 5 de los proyectos se realizaron intervenciones de tipo educativo, con el propósito explícito de cambiar las prácticas relacionadas con reproducción, alimentación, uso de los servicios públicos y otros. En todos estos proyectos se mencionan procesos de evaluación que se harán

posteriormente a las intervenciones, con el fin de medir los resultados de las mismas.

5. Por lo menos 5 proyectos mencionan como una de sus finalidades la de producir materiales educativos para las comunidades involucradas, y señalan que harán recomendaciones en este sentido a entidades de tipo gubernamental, principalmente.

6. La divulgación de los resultados, en estos proyectos, primordialmente se encuentra dirigida al sector gubernamental, aunque algunos de los proyectos sí mencionan la divulgación a organizaciones populares y a los grupos con los cuales se llevan a cabo las investigaciones.

7. En estos proyectos, al compararlos con los apoyados por la División de Salud, es menos prevalente el carácter interdisciplinario, en el sentido de que incluyen un menor número de profesionales en salud.

8. Este resúmen de nuevo indica la tendencia investigativa de tipo tradicional, con metodologías y técnicas muy conocidas y ampliamente utilizadas. La única diferencia que se encuentran, al comparar los resultados con los de los proyectos de la División de Salud, es un uso un poco más notorio de métodos etnográficos, lo cual quizá constituye un enfoque muy adecuado a los problemas que se plantean en el área de educación para la salud

C- POBLACIONES OBJETO DEL ESTUDIO

DIVISION SALUD

Las poblaciones objeto de los proyectos de investigación de la División Salud se clasifican en la tabla No. 5 :

Tabla No. 4

Análisis cuantitativo de las poblaciones objeto de los proyectos de la División de Salud

Población	No.	%
Población infantil	6	19.36
Mujeres en edad reproductiva	2	6.45
Estudiantes universitarios	3	9.67
Comunidades rurales	8	25.80
Comunidades rurales y urbanas	2	6.45
Poblaciones urbanas marginadas	4	12.90
Trabajadores	3	9.67
Personal de servicios	2	6.45
Población mixta (niños menores de 5 años y adultos mayores de 65)	1	3.25
Total	31	100.00

Dos proyectos tienen como población objeto mujeres en edad reproductiva (3-P-86-0288, Honduras y 3-P-86-0145, Argentina).

Varios proyectos (8) se refieren a la población infantil: 4 a niños menores de 2 años (3-P-83-0124, República Domonicana; 3-P-83-0103 y su fase II 87-0164, Jamaica; 3-P-87-0323, Uruguay y 3-P-86-0213, Chile); uno a niños entre los 0 y 9 años de edad (3-P-88-0230, Cuba), otros proyectos investigan sobre niños en edad escolar, uno en términos generales (3-P-85-0155, Chile) y otro en particular a los que cursan 4o.y 5o. grados de educacón primaria (3-P-86-0225); el estudio 3-P-88-0168, de Costa Rica, tiene como población objeto niños menores de 5 años y adultos mayores de 65.

Otro grupo de 3 proyectos se refiere a estudiantes universitarios en general, (3-P-85-0293, México), mientras dos estudios tienen como población objeto a estudiantes de áreas determinadas: estudiantes de medicina (3-P-83-0177, Chile), y estudiantes del área de la salud (3-P-85-0150, de Jamaica e Indias Occidentales).

Cuantitativamente es significativo el número de proyectos (8) cuya población objeto son comunidades rurales: 3-P-88-0216, Colombia; 3-P-88-0186, Perú; 3-P-87-0342, Paraguay; 3-P-87-0286, Guatemala; 3-P-86-0132, Panamá; 3-P-85-1025, Jamaica; 3-P-84-0279, Colombia; 3-P-83-0312, Dominica e Indias Occidentales.

Se encontraron dos proyectos que se dirigen a poblaciones urbanas y rurales simultáneamente:3-P-85-0046, Costa Rica y 3-P-83-0330, Colombia.

Cuatro estudios tienen como objeto comunidades urbanas marginadas: 3-P-88-0172, Perú; 3-P-87-0292, México; 3-P-87-0103, Bolivia y 3-P-85-0037, Perú.

Tres proyectos se concentran en grupos de trabajadores de los sectores minero (3-P-87-0241, Bolivia), metalúrgico (3-P-87-0155, México) y agrícola(3-P-86-0219, Bolivia)

Se encontraron dos proyectos que evalúan su población objeto, en un caso (3-P-81-0068, Guatemala) al personal de los Servicios de Salud (Centros de Salud) y en el otro al personal técnico en instalación de acueductos rurales (3-P-81-0068, Guatemala)

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

Las poblaciones objeto de los proyectos de la División de Ciencias Sociales, que se clasifican en la tabla No. 5, serán posteriormente analizadas.

Tabla No. 5

Análisis cuantitativo de las poblaciones objeto de los proyectos de la División de Ciencias Sociales

Población	No.	%
Población infantil	2	16.7
Población mixta (mujeres embarazadas y niños recién nacidos)	1	8.3
Mujeres de bajos ingresos	2	16.7
Mujeres adolescentes	1	8.3
Comunidades urbanas marginadas	1	8.3
Comunidades de base	4	33.4
Comunidades indígenas	1	8.3
Total	12	100.0

3-P-81-0168, Colombia: se estudió una muestra de 160 niños con hermanos menores entre 2 y 4 años, de familias con ingresos mensuales inferiores a $ 200; el estudio se llevó a cabo en dos ciudades de Colombia y en una región agrícola. Comprendió también a padres y maestros cuya, información permitió valorar conocimientos, actitudes y comportamientos.

3-P-81-0186, Argentina: Mujeres embarazadas inscritas para su parto en Hospitales de Rosario (Argentina) y sus los hijos en su primer mes y hasta el primer año de vida. La clase social, ocupación, ingresos y nivel educativo fueron variables y no se consideraron requisitos del estudio.

3-P-81-0229, Ecuador: Mujeres de dos barrios diferentes de Quito, uno con asentamientos nuevos y otro antiguo, con condiciones precarias de ingresos y vivienda y sin organizaciones comunales establecidas.

3-P-84-0019, Bolivia: Comunidades ubicadas en el área de Chijmuni y en La Paz, que reciben subsidios alimentarios de organizaciones que también fueron estudiadas, tales como Junta Nacional de Abastecimiento,cooperativas de consumo popular y organizaciones de ayuda mutua.

3-P-84-0083, Perú: Mujeres de bajos ingresos, habitantes del barrio El Agustino, una de las zonas más pobres de Lima.

3-P-85-0062, Ecuador: Comunidades campesinas indígenas de los Cotacachi, los Uluman,los Cangahua y los Pujili, del Ecuador.

3-P-85-0075, Chile: Cuatro tipos de organizaciones populares de mujeres, campesinos, comunitarias y laborales, que desarrollan programas del Centro de Documentación de Estudios de Educación (SUR).

3-P-85-0269, Perú: 350 niños menores de 2 años del pueblo jóven de Villa El Salvador en Lima.

3-P- 85-0341, Colombia: Adolescentes abandonadas, una muestra aproximada de 175, en alto riesgo social y con experiencia en prostitución, procedentes de dos ciudades colombianas.

3-P-85-1026, Chile: 250 organizaciones chilenas de ayuda mutua, que han operado a partir de 1.980, en sectores de salud, vivienda y talleres agrícolas.

3-P-86-0213: Este proyecto fue desarrollado entre varios paises: Chile, Argentina y República Dominicana. Su población objeto consistió en 8 comunidades de 5.000 casas, ubicadas en las capitales de los tres paises, con diferentes niveles de desarrollo y urbanismo, y sujetas a diferentes intervenciones en el campo de salud Materno -Infantil.

3-P-87-0057, Ecuador: Organizaciones campesinas de tres provincias del Ecuador (Esmeraldas, Los Rios y Cotopaxi), localidades que han compartido características significativas de crisis socio-económicas a las que han respondido, con mucho éxito, con programas de autogestión.

D - BENEFICIARIOS POTENCIALES

Los beneficiarios potenciales de los proyectos de investigación analizados fueron, en la mayoría de los casos y en términos generales, los gobiernos y sus departamentos de planificación y política social, los Ministerios de salud y sus divisiones correspondientes y los servicios locales y regionales de salud, a través de las recomendaciones surgidas a raíz de las investigaciones

Más específicamente, los beneficiarios potenciales están directamente relacionados con las poblaciones objeto, ya que las investigaciones buscan, en su gran mayoría solucionar problemas o mejorar condiciones de éstas. Por tal motivo, y como ya se han analizado en los puntos anteriores y se han citado los respectivos proyectos, nos limitaremos a mencionarlos:

DIVISION DE SALUD

- Institutos de investigación en salud: investigadores
- Universidades: profesores y estudiantes
- Poblaciones en riesgo de contaminación industrial y ambiental
- Comunidades sin servicios de saneamiento y agua potable
- Poblaciones rurales y campesinas
- Poblaciones urbanas margidas
- Escolares, preescolares y niños menores 5 años
- Sindicatos
- Cooperativas de mineros
- Mujeres en edad reproductiva

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

Las respuestas al punto sobre beneficiarios potenciales, respecto a esta División, pueden analizarse en la forma siguiente:

- Gobierno y entidades oficiales como ministerios y servicios regionales de salud.
- Profesionales de salud y ciencias sociales
- Entidades asistenciales de salud.
- Organizaciones similares a las involucradas en la investigación.
- Poblaciones de iguales condiciones a las estudiadas.
- Grupos religiosos.
- Otros países latinoamericanos.
- Universidades y centros docentes.

E - METODOS DE EVALUACION

DIVISION SALUD

La mayoría de los proyectos de investigación señalaron más de un método de evaluación, que se incluyen en la siguiente lista, citando los proyectos por los que fueron propuestos.

- Análisis estadístico: 3-P-987-0342, Paraguay; 3-P-83-0103, Jamaica; 3-P-87-0103, Bolivia; 3-P-86-0145, Argentina; 3-P-84-0155, Chile; 3-P-85-0293, México
- Evaluación educativa: 3-P-88-0186, Perú.

- Base de datos: estudios epidemiológicos: 3-P-87-0342, Paraguay; 3-P- 84-0279, Colombia; 3-P-88-0216, Colombia; 3-P-88-0230, Cuba.

- Encuesta de morbilidad: 3-P-88-0230, Cuba.

- Exámenes de laboratorio: 3-P-88-0186, Perú;3-P-87-0286, Guatemala; 3-P-87-0292,México; 3-P-85-1025, Jamaica e Indias Occidentales; 3-P-88-0230, Cuba.

- Pre y post evaluaciones: 3-P-83-0177, Chile; 3-P-86-0225, Honduras; 3-P-86-0132, Panamá; 3-P-85-1025, Jamaica e Indias Occidentales; 3-P-83-0312, Dominica; 3-P-83-0124, República Dominicana; 3-P-88-0230, Cuba.

- Estudios con grupos de control: 3-P-86-0225, Honduras; 3-P-84-0155, Chile; 3-P-83-0124, República Dominicana.

- Auto-evaluaciones: 3-P-83-0177, Chile.

- Evaluaciones participativas con usuarios: 3-P-87-0241, Bolivia ; 3-P-83-0103, Jamaica; 3-P-87-0103, Bolivia; 3-P-86-0247, México; 3-P-81-0068, Guatemala

- Estudios de correlación: 3-P-87-0323, Uruguay; 3-P-87-0155 (coeficiente de correlación de Sperman), México.

- Curvas de talla y peso: 3-P-87-0323, Uruguay.

- Estudios de seguimiento después de la investigación:3-P-86-0225, Honduras.

- Estudios de costos: 3-P-87-0286, Guatemala; 3-P-85-0037, Perú.

- Cuestionarios de conocimientos: 3-P-83-0177, Chile.

- Evaluación de materiales: 3-P-83-0103, Jamaica

- Evaluación de comportamiento: 3-P-87-0323, Uruguay.

- Escala de indicadores sociales: 3-P-85-0046, Costa Rica.

- Evaluación externa: 3-P-83-0330, Colombia.

- Estudio de impacto de salud: 3-P-83-0330, Colombia; 3-P-88-0216.

- Estudio de Evaluación del curriculum de medicina preventiva y social: 3-P-85-0150, Indias Occidentales, Jamaica

- No se especifica: 3-P-86-0288, Honduras; 3-P-88-0172, Perú; 3-P-86-0219, Bolivia.

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

- Análisis estadístico: 3-P-81-0168, Colombia (escala de Griffiths); 3-P-85-0269, Perú; 3-P-85-1026, Chile.

- Pre y post evaluaciones: 3-P-81-0168, Colombia; 3-P-87-0057, Ecuador.

- Test de conocimientos: 3-P-81-0168, Colombia; 3-P-85-0341, Colombia.

- Test de comportamiento: 3-P-85-0341, Colombia.

- Longitudinal con seguimiento: 3-P-81-0186, Argentina.

- Por expertos mediante seminario: 3-P-84-0019, Bolivia; 3-P-86-0213, Argentina, República Dominicana y Chile.

- Cuantitativos y cualitativos: 3-P-85-0062, Ecuador.

- Auto-evaluación: 3-P-85-0062, Ecuador.

- Estudio comparativo: 3-P-86-0213, Argentina, República Dominicana y Chile

- Pruebas de contenido curricular: 3-P-85-0075, Chile.

- Evaluación de métodos y materiales elaborados: 3-P-85-0075, Chile.

- No se especifican: 3-P-81-0229, Ecuador; 3-P-84-0083, Perú; 3-P-87-0057, Ecuador.

F - AGENTES INVOLUCRADOS EN EL PROCESO

Los agentes comprometidos en el proceso investigativo, cuantitativamente analizados, se describen a continuación. Con más detalle figuran en el **Directorio de Instituciones e Investigadores.** Es de aclarar que numéricamente no corresponden a los proyectos de investigación, por cuanto en mas de una ocasión esta información es también citada en otros rubros del Marco de Referencia, y otras veces las categorías se mencionan más de una vez:

DIVISION DE SALUD

De carácter institucional:

- Instituciones oficiales (5)
- Instituciones privadas y fundaciones (3)
- Institutos de investigación (4)
- Universidades: divisiones, institutos y facultades (6)
- Asociaciones de gremios profesionales (3)
- Cooperativas y sindicatos de trabajadores (3)

De carácter personal o propiamente de agentes:

- Personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, ingenieros sanitarios, técnicos y auxiliares (4)
- Mujeres (4)
- Grupos urbanos y campesinos (6)
- Equipos multidisciplinarios (6)
- Promotores y voluntarios de salud (4)
- Maestros (5)
- Profesores y estudiantes universitarios (5)

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

De Carácter institucional:

- Oficiales (3)
- Privadas, voluntarias y Fundaciones (4)
- Sindicatos (2)
- Asociaciones Médicas (1)
- Universidades (2)
- Centros de Investigación Latinoamericanos (3)
- Centro de Investigación Canadiense (1)

De cáracter personal o propiamente de agentes:

- Grupos urbanos y campesinos (6)
- Niños en edad escolar (3)
- Niños menores de 1 año (2)
- Niñas adolescentes (1)
- Equipos multidisciplinarios (3)
- Expertos; en educación popular (1),
- Profesionales:

  a) De Ciencias Sociales: economistas, sociólogos, trabajadores sociales, antropólogos, demógrafos y otros

  b) De Ciencias de la Salud:médicos, enfermeras, obtetrices, nutricionistas, microbiólogos y laboratoristas

G - TIPO DE ORIENTACION EDUCATIVA

Dado que los proyectos utilizaron varios tipos de orientación educativa con relación al tema de la investigación, se optó, para un mayor análisis, por resumir en las Tablas No. 6, para los proyectos de la División de Salud, y 7, para los de la División de Ciencias Sociales. Las opciones seguidas según fueron presentadas en los resúmenes de proyectos, y para la fase respectiva de la investigación e intervención educativa.

A continuación se exponen las bases teóricas que sirvieron de marco de referencia para este análisis.

Mac Donald y Zanstra (1.988, pgs. 30-35) proponen 5 enfoques de educación para la salud que permiten identificar con mayor precisión el tipo de orientación educativa utilizada en los proyectos. Estos enfoques son:

- Didáctico

Que implica "enseñanza" o comunicación para obtener modificaciones de comportamiento en personas o comunidades. En general se considera a la persona como un participante pasivo. El éxito del método depende del grado en que el mensaje llegue al usuario y éste acepte las soluciones propuestas. El investigador propone el tema, y la evaluación se basa en el alcance del objetivo, más que en el proceso.

- Educación popular o comunitaria

Este es un enfoque originado en Latinoamérica, con experiencias en educación de adultos y en iniciativas de los mismos grupos de base comunitarios. Este enfoque hace énfasis en el proceso y la interrelación personal.

- Educación formal.

En sus niveles preescolar, primario y secundario, reflejan una tendencia reciente a desarrollar currículos innovativos sobre aspactos de comportamiento y contenido en salud.

Para efectos de este trabajo se incluyen bajo este rubro capacitación de personal de salud, desarrollo de material audiovisual y evaluación del proceso educacional.

- Comunicación masiva.

Este enfoque se utiliza para llegar a grandes grupos dispersos poblacionales por medio de la radio, televisión, material impreso, carteles y otros.

Este enfoque es el típico de las "campañas educativas" y de los que recientemente se denomina "mercadeo social", cuya eficacia está todavía por evaluarse por cuanto el mensaje no permite una retroalimentación y el tiempo de exposición del mensaje es igualmente corto y no siempre frecuente para reforzar el comportamiento deseado.

- Educación no formal

Son las actividades educativas realizadas por fuera del sistema educativo formal y se realizan en clubes de madres, audiencias pequeñas en clínicas, visitas domiciliarias, demostraciones de programas de saneamiento ambiental .

El éxito de la educación noi formal consiste en la movilización de la comunidad y en su participación para identificar y priorizar los problemas dándoles soluciones apropiadas.

TIPOS DE ORIENTACION EDUCATIVA : SALUD

TABLA No. 6

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL						
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICA	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTADOS UTI PARA PROG. DE PARA SALUD
81-0068 GUATEMALA	a) EN TODAS LAS ETAPAS DEL PROYECTO.	1. ELABORACION, UTILIZACION, EVALUACION DE UN MANUAL TECNICO.		X	X				
	b) ETAPA FINAL	2. TALLER SEMINARIO DE DIFUSION ENTRE PAISES CENTROAMERICANOS.	X						
83-0103 JAMAICA	a) AL INICIO DE LA INVESTIGACION	1. CURSO DE INVESTIGACION PARA ENCUESTADORES (10 ENFERMERAS, 25 MAESTROS, TRABAJADORES DE EXTENSION O FUNCIONARIOS OFICIALES)				X			
	b) ETAPA INTERMEDIA DESARROLLO DE MATERIAL BASADO EN PRACTICAS DE SALUD/NUTRICION DE LA COMUNIDAD.				X				
	c) ETAPA FINAL. DEMOSTRACIONES, CONFERENCIAS APOYADAS EN MATERIAL AUDIOVISUAL					X			
83-0124 REPUBLICA DOMINICANA	a) ETAPA INICIAL	1. ENCUESTA DE ACTITUDES E INSTRUCCIONES A MADRES POR MEDICOS (40),Y ENFERMERAS Y PERSONAL DE SALUD (40).	X						
	b) ETAPA INTERMEDIA	2. CURSO CON APOYO AUDIOVISUAL PARA MEDICOS Y ENFERMERAS.			X				
	c) ETAPA INTERMEDIA. OBSERVACIONES A COMUNIDAD.	3. PRACTICAS ALIMENTARIAS, DESTETE Y ALIMENTACION MATERNA.			X				
83-0177 CHILE	a) ETAPA INICIAL	1. CAPACITACION DE INVESTIGADORES EN CANADA Y ADQUISICION DE MATERIALES.	X						
	b) DURANTE TODO EL PROCESO.	2. CURSO 12 MESES CON MATERIALES EDUCATIVOS Y AUDIOVISUALES A 58 ESTUDIANTES DE MEDICINA DURANTE SU INTERNADO.		X					
	c) SEGUIMIENTO DESPUES DE 2 AÑOS DEL CURSO	3. EVALUACION DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES.							

TIPOS DE ORIENTACION EDUCATIVA - TABLA No.6

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL						
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICA	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTADOS UTI PARA PROG. DE PARA SALUD
83-0312	a) ETAPA INICIAL	1. CURSO INVESTIGACION A ENCUESTADORES				X			
	b) DURANTE TODO EL PROCESO.	2. EVALUACION DEL CURRICULUM DE ENFERMERAS DE CUIDADOS PRIMARIOS Y SU IMPACTO EN LA COMUNIDAD.		X					
FASE II 83-0330 COLOMBIA	a) DURANTE TODO EL PROCESO DE LA INVESTIGACION	1. CAPACITACION INVESTIGADORES (Nivel Graduado: exterior)		X					
		2. DESARROLLO Y EVALUACION DE MANUALES DE CAPACITACION CON PARTICIPACION DE PROMOTORAS Y COMUNIDAD.			X				
		3. FORMACION ESTUDIANTES UNIVERSIDAD, PROMOTORES Y COMUNIDAD.	X	X		X			
		4. VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE CAPACITACION Y DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.	X						
84-0155 CHILE	a) ETAPA I: DETERMINAR LOS HABITOS DE HIGIENE ENTRE ESCOLARES: LIMPIEZA PERSONAL, COCCION ALIMENTOS, BAÑO Y PRACTICAS DE SANEAMIENTO.	NO HUBO							X
84-0279 COLOMBIA	a) ETAPA FINAL	1. TALLER SEMINARIO PARA DAR A CONOCER RESULTADOS DE LA INTOXICACION POR PARAQUAT.	X						
85-0037 PERU	a) EN LA SEGUNDA ETAPA DEL PROYECTO	1. PRESENTACION DE AUDIOVISUAL SOBRE PRACTICAS DEL MANEJO DE BASURAS SEGUIDO DE DISCUSIONES COMUNITARIAS PARA BUSQUEDA DE SOLUCIONES.	X		X				

TIPOS DE ORIENTACION EDUCATIVA - TABLA No.6

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL						
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICA	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTADOS UTILES PARA PROG. DE ED PARA SALUD
85-0046 COSTA RICA	a) AL INICIO DEL PROYECTO	1. DETERMINAR CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD SOBRE SALUD Y NUTRICION			X				
	b) AL FINAL DEL PROYECTO	2. EVALUACION PARA MEDIR EL IMPACTO DE PROYECTOS SOCIALES.							X
85-0150 JAMAICA INDIAS OCCIDENTALES	a) DURANTE TODO EL PROCESO DE LA INVESTIGACION	1. EVALUAR EL ENTRENAMIENTO DEL POST-GRADO EN SALUD PUBLICA UNIVERSIDAD DE WEST INDIES		X					
	b) ETAPA INTERMEDIA	2. CUESTIONARIO PARA SUPERVISORES Y COMUNIDAD			X				
	c) ETAPA TERCERA	3. CURSO ENCUESTADORES				X			
85-0293 MEXICO	a) DURANTE TODO EL PROCESO	1. EVALUAR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS			X				
		2. DISEÑAR CURSO	X			X			
85-1025 DOMINICA	a) AL INICIO DEL PROYECTO	1. EVALUACION DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE CONTROL DE HELMINTIOS							
	b) EN EL INTERMEDIO	2. DISEÑO DE CAMPAÑA EDUCATIVA (RADIO, PRENSA Y AFICHES)	X					X	X
86-0132 PANAMA	a) DURANTE TODO EL PROCESO	1. CONOCIMIENTO Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIAS DE PROTECCION Y SANEAMIENTO AMBIETAL	X		X				
		2. CURSOS ESTUDIANTES UNIVERSIDAD						X	
		3. ELABORACION MATERIALES PROMOCION							X
86-0288 HONDURAS	a) ENTRENAR PERSONAL DE ENCUESTADORES	1. CURSO INVESTIGACION				X			
	b) EVALUAR COMPORTAMIENTO DE LA MADRE PARA BUSCAR ATENCION DE SALUD.	2. NO HAY OTRAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PERO SE ESTIMA QUE LOS RESULTADOS DAN CONTENIDOS VALIOSOS PARA PROGRAMAS PREVENTIVOS Y PROMOCIONALES MATERNO-INFANTILES.						X	X
	c) EVALUAR RESPUESTA A ESTA DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD.								

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL						
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICA	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTADOS UTILES PARA PROG. DE E PARA SALUD
86-0247 MEXICO	a) EVALUACION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, CON PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD. b) A TRAVES DE LAS ETAPAS DE INVESTIGACION.	1. CURSO ENTRENAMIENTO (4 SEMANAS) PARA ENTREVISTADORES. 2. SE INVOLUCRA A USUARIOS DE SERVICIOS PARA OPINIONES. 3. SE INCLUYE AL PERSONAL DE SALUD LOCAL/REGIONAL SOBRE PROCESO Y RESULTADO.	X		X	X			
87-0103 BOLIVIA	a) IDENTIFICAR FACTORES QUE LIMITAN LA ACEPTACION DE LETRINAS. b) DESARROLLAR INSTRUCTIVOS DE DISEÑO Y UTILIZACION DE SANEAMIENTO.	1. CURSOS A GRUPOS COMUNITARIOS, LIDERES Y VOLUNTARIOS, CON APOYO DE MATERIAL EDUCATIVO.	X		X				
86-0145 ARGENTINA	a) EXPLORAR FACTORES SOCIALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE LIMITAN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DE CANCER. b) IDENTIFICAR FACTORES SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN PRACTICAS DE SALUD.	EL ESTUDIO NO PROPUSO INTERVENCION EDUCATIVA PERO LOS RESULTADOS PUEDEN ORIENTAR FUTUROS PROGRAMAS DE PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION DEL CANCER.						X	X
86-0219 BOLIVIA	a) ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO. b) EXTENSION DE ENVENENAMIENTO POR PESTICIDAS EN EL LUGAR DEL TRABAJO.	LA INVESTIGACION NO INCLUYE INTERVENCION EDUCATIVA PERO LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO (CONTENIDO Y METODOLOGIA) DAN OPCIONES AL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN ZONAS RURALES, ENTRE TRABAJADORES QUE UTILIZAN PESTICIDAS.						X	X
86-0225 HONDURAS	a) UTILIZAR NIÑOS COMO AGENTES DE CAMBIO EN VEZ DE METODOS TRADICIONALES DE MEDIOS DE TRANSMITIR MENSAJES.	1. EVALUAR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN ESCOLARES. 2. DISEÑAR, BASADO EN LO ANTERIOR UN PROGRAMA CON ESTRATEGIAS EDUCATIVAS, UTILIZANDO FOTOGRAFIAS, TALLERES, CONJUNTOS DE NIÑOS PADRES Y MAESTROS, APOYOS DE MATERIALES INSTRUCCIONALES APROPIADOS, SOCIOGRAMAS, DISCUSIONES CRITICAS, OTROS.	X		X	X			

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL						
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICA	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTADOS UTILES PARA PROG. DE ED PARA SALUD
87-0241	a) DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD EN OBREROS MINEROS. b) PERFIL EPIDEMIOLOGICO INCLUYENDO A FAMILIARES SOBRE HABITOS, CREENCIAS Y PRACTICAS DE SALUD.	MEDIANTE LA PARTICIPACION EN EL PROCESO INVESTIGATIVO SE OBTUVO LA FORMACION EDUCATIVA.	X					X	X
87-0286	a) ETAPA INICIAL. EVALUAR Y DOCUMENTAR ESTRATEGIAS DE ACEPTACION DE LETRINAS. b) ETAPA INTERMEDIA. DESARROLLAR ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR LA PROMOCION Y USO CORRECTO DE LETRINAS.	NO SE EJECUTO ESTRATEGIA EDUCATIVA PERO LA UTILIZACION DE RESULTADOS DA LUGAR A FUNDAMENTAR LA EDUCACION PARA LA SALUD Y PROTECCION DEL AMBIENTE.						X	X
	c) ETAPA FINAL	TALLER DE DIVULGACION DE RESULTADOS.	X						
87-0292	a) ETAPA INTERMEDIA PROPONE PROGRAMA DE EDUCACION COMUNAL CON MAESTROS Y LIDERES PARA CONTROLAR CONTAMINACION DE ZINC.	1. ENTRENAMIENTO FORMAL PARA ENCUESTADORES.				X			
		2. TALLERES COMUNITARIOS	X						
87-0323 URUGUAY	a) REGISTRAR FRECUENCIA Y OPORTUNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.								
	b) DESCRIBIR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES, ASOCIADAS A LA DIARREA.	1. ENTRENAMIENTO DE ENCUESTADORES (TRABAJADORES SOCIALES)						X	X
87-0342 PARAGUAY	a) DOCUMENTAR EL GRADO Y NATURALEZA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA. b) DETERMINAR LA EFECTIVIDAD DE VARIAS INTERVENCIONES ASOCIADAS CON LA ENFERMEDAD DE CHAGAS. c) PLANEAR ESTRATEGIAS DE UTILIZACION DE LOS RESULTADOS.	1. SE MECIONA LA EDUCACION PARA LA SALUD COMO ELEMENTO ESENCIAL DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA. 2. QUE EN AUSENCIA DE DROGAS EFECTIVAS Y VACUNAS IDONEAS PARA EL TRATAMIENTO A GRAN ESCALA, LA UNICA FORMA REAL DE CONTROL EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS ES LA PREVENCION.			X				

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL					
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICA	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTADOS UTILES PARA PROG. DE ED PARA SALUD
87-0155 MEXICO	a) METODOLOGIA DEL ESTUDIO USO LOS "CUESTIONARIOS COLECTIVOS".	1. CAPACITAR PERSONAL UNIVERSITARIO EN LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION.		X					
	b) DURANTE TODO EL PROCESO DE LA INVESTIGACION.	2. TALLER DE DIFUSION DE RESULTADOS.	X						
	c) DURANTE TODO EL PROCESO DE LA INVESTIGACION	3. CAPACITACION Y CONCIENTIZACION EN RIESGOS DE ENFERMEDAD LABORAL, EN PRACTICAS DE SALUD A LOS TRABAJADORES Y BUSQUEDA DE SOLUCIONES.			X				
88-0172 PERU	a) ESTABLECER EL PAPEL DE LA CONSULTA FARMACEUTICA COMO ESTRATEGIA DE SALUD EN BARRIOS MARGINADOS b) GENERAR CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA CONSULTA FARMACEUTICA Y COMPARARLA CON LA CONSULTA MEDICA.	AL ESTUDIAR LA IMPORTANCIA Y RECONSTRUIR EL PATRON TIPICO DEL PROCESO E IDENTIFICAR EL PAPEL QUE JUEGAN LOS VALORES, ACTITUDES, MOTIVACIONES Y CONOCIMIENTOS EN LAS CONSULTAS POPULARES A LAS BOTICAS DE BARRIOS MARGINADOS SE PUEDE DESPRENDER UNA IMPORTANTE EXPERIENCIA PARA PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD A POBLACIONES URBANAS POBRES.			X				
88-0186	a) ESTUDIAR LOS FACTORES DE EXPOSICION, PRACTICAS Y CONOCIMIENTOS EN EL USO DE PESTICIDAS. b) DISEÑAR, EJECUTAR Y EVALUAR UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD.	EL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD DESPUES SE ESPERA COMO PARTE DEL PROCESO DEL ESTUDIO Y COMO ELEMENTO DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.			X			X	X
88-0168 COSTA RICA	a) ESTUDIAR EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS Y CUANTIFICAR PATRONES QUE PUEDAN ASOCIARSE CON LA ENFERMEDAD. b) IDENTIFICAR Y CUANTIFICAR FACTORES AMBIENTALES CERCANOS A LA CASA, QUE AUMENTEN O DISMINUYAN EL RIESGO DE INFECCION DE LEISHMANIASIS.	1. SE PLANEARON ACTIVIDADES CON LOS ESCOLARES "APRENDER HACIENDO" Y SE INVOLUCRO A MADRES Y MAESTROS PARA DETECCION DE CASOS INFECTADOS Y PARA DETERMINAR CAUSAS Y COMPORTAMIENTOS EN ADQUIRIR LA ENFERMEDAD.	X		X				
		2. SE ENTRENARON ENCUESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.		X					

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL					RESULTADOS UTILES PARA PROG. DE ED. PARA SALUD
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICA	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR
88-0216 COLOMBIA	a) CONTROL DE LA MALARIA POR MEDIOS BIOLOGICOS.	1. EXAMEN INICIAL DE CONOCIMIENTOS ENTRE PROMOTORES DE SALUD Y MIEMBROS DE LA COMUNIDAD.			X			
	b) SE COMBINA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON LAS INTERVENCIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD.	2. DISEÑO DE UN CURSO CON MATERIAL AUDIOVISUAL PARA DEJAR LA TECNOLOGIA Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN MANOS DE LA COMUNIDAD.	X					
88-0239 CUBA	a) REORIENTAR EL MANEJO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA POR LA COMUNIDAD.	1. SE DISEÑO PROGRAMA EDUCATIVO PARA SER REALIZADO POR TRABAJADORES SOCIALES EN FORMA INDIVIDUAL Y AL MOMENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA.	X		X			
	b) MEDIR CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE SALUD EN PERSONAL Y EN LA COMUNIDAD.	2. SE VERIFICO EL DISEÑO Y CONTENIDO DEL CURSO CON 15 EXPERTOS (NEUMOLOGOS, PEDIATRAS E INTERNISTAS).						
	c) ESTUDIAR EL IMPACTO DE INTERVENCIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD.	3. SE MIDIO COSTO DEL TRATAMIENTO EN COMPARACION CON EL TRABAJO PREVENTIVO.						

TIPOS DE ORIENTACION EDUCATIVA: CIENCIAS SOCIALES

TABLA No. 7

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL						
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTIC.	DIDACTICO	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTANTE DE LA INVESTIGACION
81-0168 COLOMBIA	a) ETUDIO EN ESCUELAS 4 y 5 GRADO ELEMENTAL, 10 SEMANAS, 2 HORAS SEMANALES.	DESARROLLO Y ADAPTACION DE MATERIALES EDUCATIVOS . NUTRICION . SALUD . PREVENCION ACCIDENTES . PATRONES CRECIMIENTO Y DESARROLLO. EN FORMA DE JUEGOS.	X						
81-0186 ARGENTINA	a) ETAPA INTERMEDIA	- PREPARACION ENCUESTADORES.				X			
	b) ETAPA FINAL	- MATERIAL OBTENIDO DE GRAN UTILIDAD PARA APLICACION EN EDUCACION DE SALUD.							X
81-0229 ECUADOR	a) EN TODAS LAS ETAPAS DEL PROYECTO	- COMO PARTE DE LA METODOLOGIA INVESTIGACION-ACCION PARTICIPATIVA.			X				X
84-0019 BOLIVIA	a) EN TODAS LAS ETAPAS DEL PROYECTO	- CON OBTENCION DE DATOS IMPORTANTES PARA EDUCACION NUTRICIONAL, MEDIANTE ESTUDIO DE CONSUMOS DE LA CANASTA FAMILIAR.						X	X
84-0083 PERU	a) EN TODAS LAS ETAPAS DEL PROYECTO	- CON LA UTILIZACION DE HALLAZGOS SOBRE EL PAPEL DE LA MUJER COMO MEDIADORA DE SERVICIOS BASICOS.						X	
85-0062	a) ETAPA SEGUNDA: DURANTE 12 MESES SE DISEÑARON Y EJECUTARON ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y DE EVALUACION.	- DISEÑO DE MATERIALES EDUCATIVOS Y METODOLOGICOS PROPIOS DEL INDIGENA.	X		X				X
85-0075 CHILE	a) ETAPA I: REVISION DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS POPULARES				X				
	b) ETAPA II: DISEÑO Y EJECUCION DEL PROGRAMA EDUCATIVO	- UTILIZACION DE RADIO PARA AUDIENCIA DE GRUPOS MARGINADOS, INCLUYENDO EVALUACION DE RESULTADOS.					X		

Nº PROYECTO Y PAIS	ETAPAS DE LA INVESTIGACION	INTERVENCION ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	ENFOQUE EDUCACIONAL						
			NO FORMAL	FORMAL	ED.POPULAR Y PARTICIP.	DIDACTICO	MEDIOS MASIVOS	SIN DEFINIR	RESULTANTE DE LA INVESTIGACION
85-0269 PERU	a) ETAPA I: ESTUDIO DE PRACTICAS/CONOCIMIENTOS DE PREVENIR EL IRA				X				
	b) ETAPA II: DISEÑO DEL PROGRAMA EDUCATIVO CON MATERIALES DE APOYO CON METODOLOGIA ANTROPOLOGICA	- AL PERSONAL DE SALUD - A LA COMUNIDAD							
85-0341 COLOMBIA	a) ETAPA I: INFORMACION SOBRE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE EDUCACION REPRODUCTIVA.				X				
	b) ETAPA II: DISEÑO DE UN CURSO PARA PROFESORES (6 MESES)					X			
85-1026 CHILE	a) ETAPA I: IDENTIFICACION DE ORGANIZACIONES DE BASE							X	
	b) EVALUA BENEFICIOS A LA POBLACION EN SALUD, VIVIENDA Y AGRICULTURA.	INFORMACION (BASE DE DATOS) DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA CREACION DE REDES DE INFORMACION			X				X
86-0213 ARGENTINA CHILE, R.DOMINICANA	a) TODAS LAS ETAPAS DEL PROYECTO INTENTARON DISEÑAR UNA METODOLOGIA NUEVA PARA REDUCIR MORTALIDAD INFANTIL	AL EVALUAR EL METODO "DEL NIÑO ANTERIOR" SE PUEDE OBTENER MATERIAL Y ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA PARA PROGRAMAS PERINATALES Y DE SUPERVIVIR (MENOS DE 5 AÑOS)						X	X
87-0057 ECUADOR	a) ETAPA I: CENSO DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS (SALUD,VIVIENDA, CREDITO,Y OTRAS)	INFORMACION DE UTILIDAD PARA CONSERVAR AL DIA, EN ORGANIZACION DE REDES.						X	X
	b) ETAPA FINAL: SE COMPARTE RESULTADOS MEDIANTE CUADERNILLOS Y SEMINARIOS.	TALLER SEMINARIO: . A PROFESIONALES . A ORGANIZACIONES ESTUDIADAS.							X

H TIPO DE PARTICIPACION DE LA POBLACION OBJETO

DIVISION DE SALUD

Las observaciones que siguen se basan en el análisis de los 31 resúmenes de proyectos apoyados por la División de Salud.

1. Como se desprende del análisis de las metodologías utilizadas (ver punto b.), la participción de las poblaciones cubiertas por los proyectos en general no se incluye como un elemento esencial del proceso investigativo. Es así como de los 31 proyectos, 17 (53%) no incluyen componentes de participación de las poblaciones estudiadas: se trata de investigaciones diseñadas, planeadas y ejecutadas por investigadores que, por lo general, son personas externas a las comunidades, aunque en las investigaciones realizadas en instituciones (centros de salud, hospitales, clínicas, universidades) su personal participa en algunas etapas del proceso investigativo.

2. Unos pocos proyectos afirman su deseo de obtener una mayor participación de las comunidades estudiadas, pero no se establecen con suficiente claridad los mecanismos para ello (por ejemplo, 3-P-88-0216, Colombia). O/ el caso de Costa Rica (3-P-88-0168), donde la comunidad pidió un estudio con el fin de disminuir la incidencia de la enfermedad de Chagas entre los niños menores de 9 años, pero en el cual no se ve su participación.

3. En general, los equipos investigadores o el investigador seleccionan el tema a ser estudiado, las técnicas de obtención y análisis de la información, y ejecutan los demás pasos del proceso investigativo, con el fin de producir determinados cambios, por lo general a nivel local o de grupos pequeños, sin contar con la opinión, y menos aún con la participación, de las poblaciones objeto de estudio. Se afirma a veces que el proceso es participativo sólo porque los resultados se comunican a esas poblaciones (probablemente envueltos en un lenguaje "científico" poco accesible a ellas).

4. Sólo dos de los 31 proyectos revisados se ubican con claridad dentro de la corriente investigativa conocida como IAP - Investigación Acción Participativa - (3-P-87-0241, Bolivia y 3-P-87-0155, México). En este proyecto se entiende que existe una interrelación entre las acciones investigativas, la capacitación de la población, los programas que surgen a raíz del conocimiento obtenido y el análisis de la información, y que se trata de un proceso que requiere de la participación activa de la población (trabajadores de minas cooperativas y estatales en Bolivia), desde sus inicios hasta la divulgación y utilización de sus resultados. Este proyecto afirma que se estimulará la participación de la comunidad en el proceso investigativo, con el fin de facilitar la divulgación de los resultados y la elaboración de políticas viables para el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población minera. Clara muestra de su compromiso con la IAP son los pasos que establece:

a) discusión de los objetivos generales y particulares del proyecto con los sindicatos mineros y con las organizaciones locales (grupos de mujeres, de jóvenes) en las minas estatales y cooperativas seleccionadas para el estudio;

b) organización de grupos de discusión con la población para evaluar el cuestionario, las guías de observación participante y la correcta identificación de los problemas de salud;

c) la población podrá participar activamente en la recolección de la información;

d) los resultados serán discutidos en grupos pequeños de trabajadores, madres y jóvenes de las comunidades mineras;

e) la divulgación de los resultados se hará mediante técnicas de educación popular.

5. Conviene señalar que cuando los proyectos incluyen elementos de participación, se refieren a la divulgación de los resultados, a veces a la discusión de éstos en talleres, y a la realización de acciones planeadas por los investigadores. En este mismo sentido, un proyecto habla de "evaluación participativa" (3-P-86-0247, México). Se nota una evidente conciencia acerca de la importancia de lograr la participación de las comunidades en muchos de los proyectos, pero de nuevo se revela una ausencia de conocimientos acerca de cómo introducir metodologías de participación auténtica. En el proyecto relativo al manejo de los desechos sólidos en tugurios de Lima (3-P-85-0037, Perú), la comunidad fue consultada durante todo el proceso investigativo, y se crearon comités de limpieza en los barrios de invasión, pero poca información se presenta acerca de cuál fue su papel en la toma de desiciones durante las distintas etapas del proceso.

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

En cuanto a los 11 proyectos apoyados por la División de Ciencias Sociales, las conclusiones son similares:

1. Aunque en dos de los proyectos se dice que se trata de metodologías participativas, no se perciben elementos de participación en ellos (3-P-81-0168, Colombia y 3-P-85-0269, Perú). En el proyecto sobre organización y desarrollo de mujeres de bajos ingresos en Ecuador (3-P-81-0229) se afirma que se trata de una investigación-acción, concebida como la "interrelación entre acciones investigativas, capacitación, análisis y programación de acciones". Para verificar esta afirmación sería necesario conocer los procesos que se gestaron en el proyecto. Los demás proyectos, 8 de los 11, no incluyen elementos participativos que permitan ubicarlos dentro de las corrientes metodológicas nuevas.

I - INSTITUCIONES APOYADAS

El CIID ha dado un apoyo significativo a proyectos de invesigación en Latinoamérica, impulsados por universidades, a través de sus facultades de medicina o de los departamentos de salud comunitaria; seguidos de institutos de investigación dependientes de los Ministerios de Salud, para los proyectos de protección al medio ambiente, incluyendo temas propios de enfermedades tropicales y de tcnologías apropiadas, para la División de Salud.

En años recientes se ha apoyado a sindicatos para proyectos de salud ocuppacional, con participación de los sujetos de la investigación y con metodologías innovativas.

Igualmente, en la División de Ciencias Sociales, se nota una marcada tendencia, en los últimos años, hacia la coordi- nación de organizaciones e instituciones, que puede dar modelos interesantes de redes de información.

Es notorio también el apoyo a pequeños centros privados y a fundaciones sin ánimo de lucro, que permiten modelos más flexibles e innovativos para la Investigación Acción Participativa y para los proyectos de promoción de la educación para la salud.

A continuación se citan las instituciones que recibieron apoyo del CIID en los proyectos revisados para esa evaluación:

- **Ministerios de Salud de:**

  Honduras, República Dominicana, Dominica, Paraguay, Bolivia y México.

- **Universidades de:**

  Panamá, Mayor de San Marcos, Nacional de Costa Rica, Autónoma de Honduras, Autónoma de San Luis Potosí, de Chile, de la República (Montevideo), of West Indies (Jamaica), Católica del Paraguay, Nacional de Bolivia, del Valle (Colombia)

- Institutos:

  - CEPROD (Honduras)
  - EFNI (Jamaica)
  - CESS/Asociación Médica del Rosario (Argentina)
  - CETALTS, (Centro Latinoamericano de Trabajo Social)

- ALETS (Asociación Latinoamericanad e Trabajo Social)
- SICARISA (Sindicato del Acero, México)
- CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)
- Instituto de Medicina Tropical Pedro Kuori (La Habana, Cuba)
- CES, Facultad de Ciencias y TEC (Paraguay)
- CINDE (Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (Medellín, Colombia)
- CIB (Corporación de Investigaciones Biológicas, Colombia)
- INTA, (Instituto de Nutrición y Tecología de Alimentos (Chile)
- SEDUE, (Secretaría de Desarrollo Urbano y Tecnología, México)
- Instituto de Promoción y Desarrollo (Huyana, Perú)
- Instituto Nacional de Salud Ocupacional (Bolivia)
- Instituto Nacional de Salud (Colombia)
- CEMAT, (Centro de Estudios Mesoamericanos sobre Tecnología Apropiada, Guatemala)
- CEDIFA, Universidad de Panamá, Facultad de Agricultura
- "Agua del Pueblo" (Antigua, Guatemala)
- CIMDER, (Cali, Colombia)
- INCIENSA, (Instituto Costarricense para la Investigación y la Enseñanza de la Salud y Nutrición, Costa Rica)

J - CARACTERISTICAS Y EXPERIENCIA DE LOS INVESTIGADORES

En general la nómina de investigadores tiene reconocimiento en sus países, e igualmente a nivel Latinoamericano; muestran amplia preparación en sus espacialidades y tienen experiencia de campo. Los equipos de investigación parecen bien conformados, de acuerdo a los temas propuestos, y hay una tendencia reciente hacia la investigación de grupos interdisciplinarios, y de trabajo con las comunidades objeto, que favorecen el incremento de una base sólida del conocimiento, así como la mejor utilización de los resultados para la promoción de la educación para la salud.

A continuación el listado de investigadores con sus correspondientes instituciones.

DIVISION DE SALUD

3-P-88-0230: Investigador principal: Profesor Edilberto Glez Ochoa. Equipo:Epidemiólogo, pediatra, psicólogo, bioestadístico, ingeniero de sistemas, economista, doctores familiares, enfermeras, trabajadores sociales, operador de computador.

3-P-88-0216: CIB, Corporación para Investigaciones Biológicas. Investigador principal: Profesor William Rojas, profesor titular de medicina.

3-P-88-0186: Huayuna, Instituto de promoción y desarrollo (promoción rural, en el campo de la agricultura). Coordinadores: Dr. René Mondes, consultor regional en salud y Seguridad del Trabajo (CLASET-OIT), para la primera fase, y Emma Rubin de Celis, socióloga de la Universidad de Luovain, Bélgica, profesora de Sociología y consultora de la OMS. Investigador principal: Dr. César Lip Licham, profesor del Cayetano Heredia. Coinvestigador: Dr. Jaime Bayona García, especializado en Salud Pública. Equipo: Keneth Peralta, ingeniero agrónomo, director de CENCIRA-Centro de Investigación y Capacitación de Reforma Agraria y Víctor Revilla, máster en economía de la Universidad de Louvain, Bélgica, concultor de ILO.

3-P-88-0172: centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS). Investigador principal: Dr. Alejandrino Maguiña, máster en sociología, con experiencia respecto a la población estudiada. Asesora: Irma Victoria Arias Nieto, M.D., investigadora médica.

3-P-88-0168: Universidad Nacional, Escuela de Medicina Veterinaria. Investigadores principales: Dr. Rodrigo Zeledón, ministro de Ciencia y Tecnología, desarrolló el proyecto "Zoonosis" con apoyo del TDR, y Dr. Julio Rojas, veterinario con experiencia en investigación epidemiológica, al presentarse el proyecto estaba terminando su Ph.D. en Johns Hopkins University. Equipo: Personal de laboratorio y de campo con entrenamiento en epidemiología, entomología y parasitología.

3-P-87-0342: CTA-Centro de Tecnología Apropiada. Investigadores principales: Dr. Luis Silvio Ríos, director del proyecto y del Centro y Dra. Antonieta Aris, del Intituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud IICS y el Dr. T Gyorkis. Equipo: Investigadores asociados y asistentes, programador de computador, economistas, ingenieros y arquitectos, comunicador social y animadores.

3-P-87-0286: Investigadora principal: Ana María Xet, con experiencia en microbiología aplicada. Coinvestigador: Armando Cáceres, microbiólogo con experiencia en investigación.

3-P-87-0323: Universidad de la República, Facultad de Medicina, Departamento de Bacteriología y Virología. Ivestigadora principal: María Hortal de Peluffo, M.D. de la Universidad de Uruguay, máster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública y la Universidasd de Michigan, máster en Biología y especialista en Microbiología, Universidad de Uruguay. Profesora asociada de Bacteriología y Virología en la Escuela de Medicina. Coinvestigadora: Alicia Montano, M.D., profesora de medicina en la Universidad de Uruguay, especialista en Pediatría, Universidad de Uriguay y con postgrado en Microbiología.

3-P-87-292: Investigador principal: Dr.Fernando Diaz-Barriga, Ph.D. en Biología Celular. Coinvestigador: Dr. Miguel Angel Santos Diaz, máster en Genética y postgraduado en Pediatría. Equipo: 5 investigadores académicos más.

3-P-87-0241: Investigadora principal: Myriam Gamboa Villareal, máster en Ciencias Sociales y Licenciada en Trabajo Social, con experiencia en participación social y programas de educación comunitaria.

3-P-87-0155: Investigadora principal: Asa Cristina Laurell, M.D., máster en Salud Pública, Ph.D en Sociología, ha publicado varias monografías y artículos sobre Salud Ocupacional.

3-P-87-0103: PSCU-Proyecto Sucre, Ciudad Universitaria. Investigador principal: Tirson Mina, ingeniero. Equipo:Jorge Márquez, ingeniero e Ignacio Mendoza, ingeniero, abogado y candidato, en el momento de presentar en proyecto, a doctorado en Sociología.

3-P-86-0288: CEPROD, organismo no gubernamental sin ánimo de lucro. Equipo multidisciplinario del Ministerio de Salud y de la Universidad Autónoma de Honduras.

3-P-86-0247: Investigador principal: Dr. Héctor Ochoa Diaz, M.D., máster en Medicina Social del London School de Higiene y Medicina Tropical.

3-P-86-0225: Investigador principal: Douglas A. Matamoros, experto en investigación, experiencia en trabajo con niños y población marginal. Coinvestigadora: Jean MacGregor, asesora técnica en el área de programas educacionales.

3-P-86-0219: Instituto Nacional de Salud Ocupacional. Investigador principal:Dr. Guido Condarco Aguilar, M.D., cirujano, especialista en Salud Profesional, en Epidemiología de la Salud Laboral y en Enfermedades Vasculares y Respiratorias. Coinvestigador: Dr. Joaquín Chinchilla, bioquímico, especialista en bioquímica Farmacéutica.

3-P-86-145: CEDES-Centro de Estudios de Estado y Sociedad, entidad sin ánimo de lucro. Investigadores principales: Dra. Silvina Ramos y Dr. Juan José Llovet, sociólogos con experiencia en investigación social yíticas de evaluación respecto a Salud Reproductiva y Materno-Infantil.

3-P-86-0132: CEDIFA-Centro de Investigación de la Facultad de Arquitectura, Universidad de Panamá. Investigador principal: Hugo Navarro, director de CEDIFA, profesor de la Facultad de Arquitectura. Coinvestigadora: Gisela Medina, licenciada en Arquitectura. Asesor: Eloy Chan Herrera< licenciado en Arquitectura, profesor de la Universidad de Panamá. Equipo: 2 estudiantes graduados, supervisores de la construcción de molinos y letrinas.

3-P-85-1025: Ministerio de Salud de Dominica, Univesridad de West Indies de Jamaica y Mc.Gill University, de Canadá. Investigador principal: Dr. G. Grell, dominicano, experiencia clínica y en investigación, catedrático titular en Medicina, Universidad de West Indies. Coinvestigadores: Dr. D. Bundy, M.D., parasitólogo experto en investigación, Dra. C. Etienne, dominicana M.D. del London School de Higiene y Medicina Tropical, especialista en Medicina Social y Comunitaria. Colaboradores canadienses: Profesor W. Spitzer, jefe de Epidemiología y Bioestadística de Mc.Gill University, Dr. R. McLean, director del Departamento de Enfermedades Topicales de Mc.Gill University, Dr. M. Scott, experto en Laboratorio.

3-P-85-0293: Investigador principal: Dr. Héctor G. Hernández, jefe de departamento. Equipo: diez entrevistadores y dos operadores de computador.

3-P-85-0150: Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de West Indies, Jamaica. Investigador principal: Sir K.L.Standard. Coordinador: Dr. Denise Eldemire, catedrático, con estudios en Epidemiología y Tecnología de Computadores. Investigador asistente: Un graduado en .

3-P-85-0046: INCIENSA-Instituto Costarricense para la Investigación y la Enseñnza en Salud y Nutrición, apoyado por el gobierno. Investigador principal: el director de INCIENSA, quien tiene experiencia como coordinador de grandes proyectos. Coinvestigadores: dos expertos costarricenses en investigación, un antropólogo social, un estadístico y un epidemiólogo.

3-P-85-0037: Facultad de Ingeniería Industrial y Electrónica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Asesor: CEPIS-Centro de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Medio Ambiente. Investigador principal: Mateo Casaverde, ingeniero. Coinvestigadores: Osiris Feliciano Muñoz, ingeniero, profesor, experto en el tema del estudio y en especialista en economía, y Arturo Tonce Benites, ingeniero de sistemas. Equipo: un trabajador social y un sociólogo.

3-P-84-0279: FES-Fundación para la Educación Superior. Investigadora principal: Dra. María Elena Arroyave, M.D. Universidad del Cauca, máster en toxicología, Surrey University, Inglaterra, postgraduada en Medicina Ocupacional y experta en pesticidas. Con: INS-Instituto Nacional de Salud.

3-P-84-0155: INTA-Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos. Investigadora principal: María de la Luz Alvarez, socióloga, especializada en Hábitos e Higiene y Preparación de Alimentos.

3-P-83-0330: CIMDER-Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural, Universidad del Valle. FES-Fundación para la Educación Superior.

3-P-83-0312: Ministerio de Salud, Dominica, W.I. Coordinadora: Jean Jacobs, del Servicio de Educación de Enfermería, Ministerio de Salud.

3-P-83-0177: Universidad de Chile. Investigadores principales: Dr. Ramón U. Flourenzano y Dr. Alfredo Pemjean, profesores de la Universidad de Medicina.

3-P-83-0124: Investigadora principal: Dra. Haydee Rondón, directora de la División de Nutrición de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social del Estado, Santo Domingo. Equipo: Investigadores del Ministerio de Salud Pública y Bienestar, y del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

3-P-83-0103: Organización Panamericana de la Salud a través del CFNI, Instituto Caribeño de Nutrición y Alimentación, instituto afiliado. Investigador principal: K.A. leslie, director del CFNI en Jamaica. Coinvestigadora: Patricia Manchew, Nutricionista con especialidad en Salud Pública.

3-P-81-0068: Investigador principal: Carlos Gómez Duarte, director de Agua del Pueblo, economista con experiencia en programas de capacitación técnica.

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

3-P-87-0057: CEEP, organización no gubernamental. Investigadora principal: Paola Sylvia Charvet, máster en Ciencias Sociales de FLASCO, Quito, con experiencia como investigadora en un proyecto de FLASCA: "Exportaciones Agrarias. Ecuador". Publicó el libro:"Gamonalismo y lucha campesina" y varios artículos. Coinvestigadores: Teodoro Bustamanet, antropólogo y Marcelo López, sociólogo, ambos han publicado artículos sobre el tema y tienen experiencia técnica e investigativa. Asesor: Sr. Guillermo Chulde, economista , empleado del Instituto para la investigación Económica de la Universidad Central de Quito.

3-P-86-0213: Argentina: Investigador principal: Jorge Somoza, demógrafo, investigador y profesor universitario. Coinvestigadores: Licenciado Germán Alfredo Pollitzer, abogado de la Universidad de Belarano, Dr. Dr. Miguel Antonia Ingoyen, M.D., director del Hospital Junín de los Andes. República Dominicana: Investigadora principal: Licenciada Marta Maritza Molina, directora del Departamento

de Investigación y Evaluación de CONAPOFA, ha investigado sobre planeación familiar, migración, alimentación y nutrición, población y desarrollo socio-económico. Coinvestigadores: Licenciado Cáceres y Sra. Ceballos, expertos en estudios de mortalidad.

3-P-85-1026: PET-Programa de Economía del Trabajo, CERLAC-Centro para la Investigación en Latinoamérica y el Caribe, institución canadiense espacializada en desarrollo Centro de Investigación Asociado a la Academia de Humanismo Cristiano, Arquidiósesis de Santiago.

3-P-85-0341: Fundación Servicio de Orientación Juvenil, institución sin ánimo de lucro que busca la rehabilitación de niños abandonados. Investigador principal: Carlos Cañón, Ph.D.en Educación de la Universidad de Kentuky, ha publicado artículos y libros sobre desarrollo moral, sicología humanística y desarrollo infantil.

3-P-85-0269: INANDEP, institución sin ánimo de lucro, para la investigación multidisciplinaria en problemas de población. Investigador principal: Dr. Carlos Monge, M.D. Ph.D. de la Universidad de San Marcos, profesor de la Escuela de Medicina Cayetano Heredia, Lima, investigador y profesor de la Escuela de Medicina de Miami, con experiencia en Fisiología de los Ambientes Altos, Renal y Respiratoria. Coinvestigadores: Bruno Lesevic, antropólogo y demógrafo, máster de la Universidad de Minas Gerais y con pregrado de la Universidad Católica del Perú, Carlos Bardalez, M.D. del Alabama Medical School, con experiencia en investigación epidemiológica y nutricional, y Frederica Barclay, antropóloga, máster del London School of Economics, con experiencia en análisis de organización familiar.

3-P-85-0075:SUR, centro privado de investigación, institución sin ánimo de lucro. Investiga características, papel, composición y evolución de los movimientos soiales en Chile. Organiza e implementa programas de educación orientados a servir a las organizaciones de base. Investigador principal: Dr. José Bengoa, director de SUR, educador y amtropólogo con experiencia en organizaciones populares, particularmente campesinas y urbanas marginadas. Equipo: Personal de SUR, 2 educadores, 5 sociólogos, 3 trabajadores sociales, economista, documentalista y especialistas urbanos.

3-P-85-0062: CAAP-Centro Andino de Acción Popular, organización sin ánimo de lucro que implementa programas de desarrollo comunitario. Investigador principal: Francisco Rohn Dávila, antripólogo de la Universidad Iberoamericana de México, director del CAAP, con experiencia en proyectos de desarrollo social en Ecuador. Coinvestigador: José Sánchez Praga, filósofo, antropólogo e investigador experimentado.

3-P-84-0083: Grupo de trabajo SUMBI-Perú-"Servicios Urbanos y Mujeres de Bajos Ingresos", institución sin ánimo de lucro que ha adelantado numerosos estudios sobre el estatus de la mujer y su papel en el desarrollo, así como la influencia de éste sobre ella. SUMBI hace parte de un concilio que desarrolla investigaciones tmabién en México y Jamaica. Investigadora principal: Maruja Barrig, socióloga con experiencia en investigación cualitativa, ha publicado dos libros sobre la situación de la mujer. Coivestigadoras: Marcela Chueca, socióloga con postgrado en los Estados Unidos, y Amelia Fort, socióloga con postgrado en Inglaterra.

3-P-84-0019 : CERES-Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social. Investigador principal: Julio Prudencio, graduado de la Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, y con diploma de estudios en Planeación de Desarrollo de la Universidad de Grenoble, Francia. Tiene experiencia en problemas de distribución y adquisición de alimentos en Bolivia. Su tesis de grado trata sobre este tópico. Investigador asociado: Gonzalo Flores, sociólogo de la Universidad de Chile y de la Universidad Mayor de San Andrés, candidato a PhD. en el Instituto de países en Vía de Desarrollo, Universidad Católica de Louvain, Bélgica.

3-P-81-0229: CEPLAES-Centro de Planificación y Estudios Sociales, institución independiente que trabaja en áreas de población rural, problemas industriales, condiciones de la mujer y las familias en áreas marginadas. / Equipo: dos sociólogos y un experto en educación popular.

3-P-81-0186: CESS-Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, y la Asociación Médica del Rosario. Coordinador : Dr. Carlos Bloch, médico postgraduado en Ciencias Sociales y en Medicina Social, con gran experiencia como investigador.Investigadores principales: Dra. María del Cármen Troncoso, epidemióloga de la Universidad Nacional del Litoral y postgraduada en Salud Pública, Universidad de Chile; ha hecho varios cursos de postgrado en Ciencias Sociales y Medicina Social. Coinvestigadora: Dra. Susana Torrado, socióloga con doctorado en demografía de la Universidad de París, tiene gran experiencia como investigadora y docente en Francia, Canadá, Chile y Argentina.

3-P-81-0168: FEPEC/CEDEN-Fundación para la Educación Permanente en Colombia/Centro para el Desarrollo de la Educación No Formal, fundación privada sin ánimo de lucro. Investigador principal: Nelson Ortiz, sicólogo con experiencía en desarrollo infantil, estimulación temprana e investigación. Equipo: un antropólogo con experiencia en salud y programas de nutrición, un investigador asistente, un estadístico y tres trabajadores de campo.

III - ANALISIS DE PROYECTOS

DIVISION DE SALUD

(Proyecto 3-P-83-0124 de República Dominicana) Se revisó el Informe de Actividades 1983-1986, de 30 páginas complementado por la encuesta KAP, los resultados de la experiencia del primer Banco de Leche Materna, y con formatos de formularios de información sobre lactancia materna hospitalaria y una guía de evaluación sobre lactancia materna en educación, presentados por las doctoras Haydeé Rondón y Acacia Mercedes Medrano, coordinadora de la Comisión Nacional de Lactancia Materna y Pediatra coordinadora del proyecto SESPAS-CIID, junto con las licenciadas Ivelisse Coste, Carmen Graveley y Blásida Perez Meran trabajadora social, nutricionista y enfermera graduada del proyecto respectivamente.

El análisis ha sido difícil por cuanto los informes no describen el proceso de la investigación, pero en cambio presentan resultados descriptivos, en algunos casos resulta difícil entender cómo se llegó a las conclusiones. Igual sucede con la elaboración y utilización del material educativo, respecto al cual, según los investigadores, en la mayoria de los casos mencionan no se han evaluado su utilización e impacto.

Sin embargo, es de advertir que la investigación hizo un esfuerzo por vincular entidades nacionales que tenían alguna relación con el tema, lográndose una mayor cobertura y un ahorro de esfuerzos y costos.

Los instrumentos utilizados para conseguir la información son de tipo cerrrado lo cual induce a obtener exclusivamente los datos sugeridos por los investigadores, sin contar con la participación de las madres o de otro personal de salud. Algunas preguntas contribuyen a planear el contenido del programa educativo aportando conocimientos sobre los medios de preferencia de la comunidad.

Parece que la investigación tuvo dificultades de orden administrativo, metodológico y financiero, que gradualmente se fueron subsanando, pero que sin duda afectaron su proceso.

a) PROGRAMA DE PROMOCION DE LECHE MATERNA

Las metas fijadas para el proyecto fueron:

1) Aumentar los conocimientos respecto a lactancia materna y alimentación infantil en el personal médico, paramédico y en el público en general.

2) Disminuir la morbi-mortalidad en lactantes por diarrea en lactantes.

3) Bajar los costos de la alimentación infantil y (4) aumentar el porcentaje de niños con alimentación materna exlusiva hasta el 4 o 6 mes de edad

El programa fue dirigido por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, quien vinculó a representantes de las siguientes instituciones para lograr una amplia cobertura:

-Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)
-Centro de Integración Familiar (CIF)
-Oficina de Promoción de la Mujer
-Secretaría de Educación Bellas Artes y Cultos
-Pro-familia
-Sociedad Dominicana de Pediatría
-Sociedad Dominicana de Obstricia y Ginecología
-Entidades internacionales: UNICEF, CARITAS/CARE y OPS/OMS.

Los componentes de la investigación se resumen en: practicas asistenciales, desarrollo de recursos humanos, educación a la población y asuntos legales, en cuanto a facilitar la lactancia materna en el trabajo y la ejecución de planes, proyectos y programas. La metodologia se probó con un grupo experimental y otro de control aunque en una asesoría realizada se recomendó modificarla por "pre-post".

En lo que interesa a esta investigación de educación en salud se analizarán solamente los aspectos relacionados con este tema.Se distribuyó un cuestionario en que se encontraban algunos componentes socio-económicos, así como otros respecto a la crianza de los hijos y sus hábitos alimentarios. Las caracteristicas de la muestra, en la que hubo pérdidas que no se pudieron reemplazar, se describieron de la siguiente manera respecto a las madres:

- primigestantes menores de 25 años
- en los 4 - 7 meses de embarazo
- no presentar complicaciones en el embarazo y

asistir al control pre-natal
- residir en el periodo urbano
- participación voluntaria
- tener el parto en el Hospital de maternidad Altagracia
- Parir un hijo vivo con un peso por encima de 2.500 grms.

Componente: Planes,proyectos y programas. La Secretaría de Estado de Educación realizó una encuenta de conoci- mientos y actitudes de los alumnos y profesores de tres escuelas de Santo Domingo que sirvió de base para la revisión del pénsum de educación primaria.

"El trabajo más importante a desarrollar ha estado orientado a las prácticas hospitalarias, seminarios, talleres, producción de material educativo y divulgación científica a la comunidad" (p 19) realizado por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Componente: Capacitación y Desarrollo de Personal de Salud, Se dictó un curso de "manejo clínico de lactancia materna" a 53 profesionales (médicos, obstetras, pediatras y enfermeras) patrocinado por el INCAP y UNICEF en 1985;Sin embargo, se reportó que solo el 17% del personal capcitado obtuvo el nivel mínimo esperado (p 16) pero 80% del personal capacitado en los diferentes establecimientos tienen prácticas adecuadas de lactancia materna (Ibid). El informe indica que 170 medicos (pediatras y obstetras) 110 enfermeras, 5 trabajadoras sociales y 15 damas voluntarias fueron entrenadas en una segunda instancia.(p 16)

Posteriormente se realizaron otros tres cursos en hospitales donde existe Banco de Leche Humana, hasta cubrir el 70% del personal de salud "como consecuencia de la capacitación y el cambio de actitud del personal médico y paramédico en los hospitales públicos se observa que el 91% de las madres iniciaron la lactancia materna. El 90% de los niños recién nacidos se encuentran en alojamiento conjunto y el 60% de los neonatos con patología reciente recibieron lactancia materna. Solamente 9% de los infantes utilizaron fórmulas comerciales (recién nacidos de alto riesgo) (p.17)

Componente: Elaboración de Material de Apoyo para Capacitación. El informe menciona que algunas instituciones privadas han confeccionado folletos destacando las ventajas de la lactancia materna pero que se desconoce su impacto en la población.SESPAS y CONAPOFA publicaron rotafolios para la educación pre y post-natal sobre lactancia materna que fueron usados y

validados por el departamento de Educación para la Salud. Otros organismos como CONAMI editaron folletos de Educación Familiar, confeccionando 5 juegos de diapositivas sobre técnicas de amamantamiento pero tampoco se conoce los resultados de su validación. La Comisión Nacional Madre-Hijo implementó mensajes radiales y un audio-visual sobre lactancia materna e información sobre el Banco de Leche Humana.

Componente: **Educación a la Población.** Se utilizaron los organismos del sector público y privado que capacitan líderes comunales y promotores, trabajando en 70 comunidades.

Se ha ofrecido entrenamiento a maestros sobre lactancia materna y nutrición a nivel privado, aunque no a nivel público, sin embargo "esta capacitación no ha sido significativa porque el número de maestros capacitados ha sido muy reducido (200)", . En el hospital de maternidad Nuestra Señora de la Altagracia el 67% de las madres que asisten a consulta externa recibió educación sobre lactancia materna

Componente: **Atención del Parto-Lactancia** Inmediata, dentro del programa de normas se plantea la limitación de que no existen mecanismos de supervisión para asegurar su cumplimiento, aun así se cree que el 80% realiza la lactancia inmediata con buenos resultados. "En el hospital de maternidad Nuestra Señora de la Altagracia se atienden 14.600 partos al año. Tenemos 15% de recien nacidos con bajo peso al nacer y a pesar de que no existe un estudio serio que mida la disminución de la mortalidad después de la instalación del Banco de Leche Humana, podríamos decir que la incidencia de diarreas en salas de recién nacidos ha disminuido considerablemente. Para medir las diferencias entre los índices disminución de la mortalidad necesitamos, y esperamos realizar, un estudio especial que incluya diferentes variables socio-económicas, infecciosas y ambientales" (p. 14).

Otro aspecto de la implantación de normas ha sido la promoción del alojamiento conjunto en hospitales públicos, solo los privados mantienen los niños separados de sus madres, situación que se está modificando a través de la sociedad de pediatría.

Paralelamente a la promoción de la lactancia materna se dedicó un tiempo a discutir normas sobre examen de mamas. Se menciona que "se ha notado un cambio de actitud y por lo menos se están detectando problemas y refiriendo los casos al Banco de Leche o a personas capacitadas, sin embargo, no tenemos

información sobre la cantidad de problemas, ni podemos medir los indicadores". (p 13)

b) BANCO DE LECHE HUMANA.

El proyecto se elaboró en tres etapas. La primera para investigar conocimientos y actitudes de los profesionales en salud y ofrecer cursos de entrenamiento; la segunda, para investigar conocimientos y actitudes de las madres con el fin de producir cambios de comportamiento y la tercera, vigilar el crecimiento y desarrollo de los niños frente a la lactancia materna, utilizando un grupo de niños control y otro experimental.El informe de 13 p. y la bibliorafía (en su mayoría de experiencias en Guatemala). es presentado por el mismo equipo investigador interdsciplinario.

El informe describe el equipo, funciones del personal y normas de atención.

El aspecto investigativo se limita al control de calidad del producto humano.

En cuanto a la población atendida (p. 12) se indicó que para 1984 el 100% de recién nacidos de alto riesgo usaban leche artificial donada por las casas distribuidoras, en cambio y como resultado del proyecto, se mostró que en 1985 el 60% de los recién nacidos de alto riesgo recibían leche humana. También se reportó que "la morbilidad por proceso diarréico ha disminuido" pero no se dan datos epidemiológicos finales ni iniciales por lo tanto se dificulta el seguimiento de la investigación con cierto rigor científico

Las recomendaciones (p. 13) se refirieron a que "perió-dicamente deben dictarse charlas al personal de enfermería para mantenerlo al día respecto a las técnicas de recolección y mantenimiento de la leche". Tratándose de una investigación con el componente de educación para la salud parece perderse una oportunidad para capacitar también al personal de salud en determinar las razones que llevan a las madres a desarrollar determinado tipo de comportamiento, y diseñar las metodologías de enseñanza-aprendizaje propias de sus culturas. Tampoco se recomienda quién y cómo se debe continuar con los programas de promoción de salud y prevención de la diarrea.

Proyecto 3-P-83-0177 Chile

Se revisó el informe final, intitulado "Final Report. Alcoholismo: A Challenge for Health Professionals Formation" Santiago, Chile. 1987, suscrito por A. Pemjean at.al. (Ministerio de Salud y CIID).

Los resultados se presentaron en un Seminario Internacional sobre Aprendizaje acerca del Alcoholismo para profesionales de la salud a nivel internacional, reunido en Chile en 1987. Las recomendaciones principales fueron:

1. Lograr un intercambio de experiencias entre los distintos profesionales e instituciones de la salud a nivel internaciona.

2. Elaborar un folleto para la información sobre investigaciones y conocimientos nuevos.

3. Iniciar cambios curriculares en las facultades de medicina que permitan una formación respecto al problema del alcoholismo.

Se presentan como parte del informe final, algunas ponencias:

"Aprendizaje del alcoholismo en la Escuela de Medicina de la Universidad Austral de Chile" Valdivia, suscrita por M.A. Bello y M. Ibarra. En esa ponencia se establece que el primer problema de salud en Chile lo constituye el alcoholismo. Se presentan resultados de un estudio de caso con 18 estudiantes internos de 7o. año, acerca de sus opiniones sobre el alcoholismo y sus recomendaciones, entre las cuales proponen una mayor atención por parte de los docentes a esta área del conocimiento, un tratamiento interprofesional, el uso de medios masivos de educación y otros.

"La docencia y la investigación enalcohol y alcoholismo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción", por A. Pihan y M. Muñoz. Se establece que es muy poco el tiempo dedicado a este tema en la docencia; que se han establecido algunas acciones educativas para padres de alcohólicos y para funcionarios (se supone que del área de salud), y que se hizo un intento porcrear un Centro de Estudios del Alcoholismo que funcionó durante algunos años. Se ha llevado a cabo un taller multidisciplinario sobre alcoholismo con 30 asistentes.

Proyecto 3-P-85-0046 Costa Rica

Se consultó el informe técnico final y algunos informes parciales que procuran evaluar el proceso de la investigación referida principalmente a condicionesde salud en Costa Rica. Los análisis se basan en la información censal y estadística existente, para evaluar el impacto de los procesos de desarrollo en la salud y la nutrición. Los datos de los programas del Ministerio de Salud, analfabetismo, infraestructura (acueductos, alcantarillados y electricidad) y condiciones socio-económicas.

Los resultados indican que hubo avances en todas las variables que se midieron, pero que subsisten diferenciales en niveles de mortalidad infantil aparentemente determinadas por las condiciones socio-económicas.

Se señalan los problemas comunes a este tipo de análisis: subregistros, carencia de datos para regiones apartadas, y otros. También se indica que hubo problemas en cuanto al cambio de personal durante el desarrollo del proyecto.

Se comenta que este tipo de estudios contribuye muy poco a un conocimiento adecuado de la realidad de salud y no dá bases al desarrollo de programas de promoción y educación para la salud.

Proyecto 3-P-86-0132 Panamá

Se revisó el "INforme Semestral" de Septiembre de 1988, suscrito por H. Navarro. Allí se señalan fundamentalmente distintos tropiezos del proyectro para avanzar, de carácter administrativo y socio-político, que dan pié para justificiones acerca del no cumplimiento de casi ninguna de las metas propuestas. Se dice que las comunidades más accesibles (parece que por distancia y falta de carreteras) son las que mejores condciones presentan para la intervención tecnológica planeada, a saber molinos de viento y letrinas.

entre los resultados se dice que se hicieron estudios socio-políticos en cuatro comunidades (no se presentan datos en este informe rvisado) y quese iniciaron obras de construcción en 4 de las 6 comunidades seleccionadas para el proyecto, que en diciembre de 1988 se están verificando.

La impresión que queda al leer tanto este informe como otros que aparecen en el mismo archivo, es que se trata de instituciones excesivamente burocratizadas, y que los responsables del proyecto no han podido librarse ellos mismos de esas trabas. Con excepción de los avances hechos por una trabajadora social que dan lugar a un mayor conocimiento del proceso de la investigación.

(3-P-83-0330 Colombia) CIMDER- Fase II. Esta investigación es producto del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo, de la División de Salud de la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Se revisaron informes de progreso de mayo 1985-mayo 1986, (6 p.) el informe técnico de agosto 1985-mayo 1986, el informe de progreso mayo 1986-mayo 1987, (53p.), el informe de progreso mayo 1987-mayo 1988, éste último con un análisis detallado del "Sistema de informática adminstrativa para unidades regionales de salud" (24p.) y "El impacto de la estrategia CIMDER: los cambios observados en el norte del Cauca" (28p.).

Los avances de la investigación CIMDER se analizan en orden cronológico: mayo 1985-1986; en este año parecen haberse concentrado los esfuerzos en el reclutamiento de personal calificado y en el desarrollo del equipo interdisciplinario Otra área de trabajo en este período fue la publicación de manuales con metodología CIMDER, que han servido de material de referencia y apoyo a las promotoras de salud que trabajan en áreas rurales y, recientemente, en zonas urbanas marginadas.

El sistema de información, que forma parte integrante de la metodología de atención primaria y que constituye un elemento importante del control epidemiológico iniciado por la comunidad, fué discutido ampliamente con el Ministerio de Salud y se logró unificarlo en los servicios seccionales de Chocó y Bolivar, terminándose este proceso también, a fines del año, en el Meta.

Se ha continuó e incrementó la asistencia técnica en el area periférica de Cali y en las regionales de salud del Valle de Zarzal, Roldanillo y Buenaventura.

En 1986-87, se continuó el desarrollo administrativo de la unidad regional de salud de Zarzal, buscando reforzar la acción local comprometiendo a la comunidad.

Se validó la "cinta de tres colores" que constituye una metodología CIMDER para clasificación nutricional en menores de 5 años. No ha habido resultados todavía, pues el proceso está en el período de recolección de datos

La evaluación de promotoras: La capacitación de promotoras de salud ha sido una de las actividades sistematicas de CIMDER. Este proyecto de evaluación se ha hecho en colaboración con el London School of Tropical Medicine and Hygiene y el Ministerio de Salud. Los objetivos fueron entre otros identificar si la promotora puede incrementar la autosuficiencia de las comunidades y su

participación, y determinar la calidad de atención prestada. La metodología utilizada se basó en observaciones y cuestionarios de preguntas abiertas y cerradas para autodiligenciar. La investigación está en trabajo de campo.

La encuesta de hogares en el área piloto del norte del Cauca: Esta investigación se derivó de la necesidad de conocer el impacto de la metodología de atención primaria de CIMDER en los últimos 10 años, así como la evolución de las condiciones de vida y salud de esa población. Las variables principales son:

a) características de las viviendas
b) características demográficas
c) utilización de los servicios de salud (quién consulta y quién atiende)
d) niños y madres
e) mortalidad y natalidad. Este importante trabajo comparativo está en proceso.

El período 1987-1988, es una continuación de las actividades de investigación de los años anteriores. Se destaca como actividad relevante la educación en salud, el estudio de "Participación de la madre en el autocuidado de la salud infantil con acciones de atención primaria", con la creación de una metodología de capacitación de madres: la escuela para madres. La muestra consistió en 60 madres, con edad promedio de 33 años, el 10% sin previa escuela y el 71.6% habia cursado entre 1o. y 5o. grados de educación formal. La gran mayoría permanecía en el hogar todo el dia, y el 86.6% daba cuidado directo a sus niños.

(3-P-85-0293, México)El estudio trata de una "Encuesta sobre conocimientos, prácticas y actitudes de los estudiantes de la Universidad Atonoma de San Luis Potosi sobre anti-concepción (1986-1987)", se llevó a cabo con estudiantes inscritos de bachillerato y pre-grado de las diferentes escuelas/ facultades de la Universidad en el año escolar 1986-87 y con edades promedio de 19.5 años

La muestra con asignación aleatoria, fué del 12.8% (2673 estudiantes), la información se solicitó por cuestionario individual.

En relación con los conocimientos de la existencia de prevenir el embarazo se encontró que la gran mayoría refiere tener conocimientos (94.4%) aunque hay diferencias: los hombres parecen tener más conocimientos sobre métodos que las mujeres. La fuente primaria de la información fueron los materiales impresos. El método mas usado resultó el condón.

En cuanto a actitudes, el 56% estuvo de acuerdo en utilizar métodos anticonceptivos y solamente 3.5% estuvo totalmente en desacuerdo. Sobre el aborto 5.5% estuvo totalmente de acuerdo y 23.2% se expresó en completo desacuerdo.

Sobre expectativas, se preguntó si la universidad debiera ofrecer orientación sobre anticoncepción a lo que el 78.8% contestó afirmativamente, y 54.7% considera que se debe ofrecer también educación en salud reproductiva, consejería y prescripción de anticonceptivos. Solamente el 1.9% estuvo totalmente en desacuerdo.

El estudio, de tipo descriptivo, presenta cuadros estadísticos con enfoque epidemilógico sobre las características de la población estudiada y plantea la problemática en el aumento de la actividad sexual entre estudiantes, iniciada entre los 16 y 20 años. Sin embargo, recomiendan el componente de educación aunque sin indicar el tipo de intervenciones,forma parte de las recomendaciones para acciones posteriores dentro de la propuesta de organizar un centro de atención reproductiva en la misma Universidad.

Parece que este estudio aporta muy poco al área de educación para la salud porque no se incluyeron factores culturales, sin embargo es un proyecto interesante.

(3-P-87-0155, México) Esta investigación se tituló "Salud Ocupacional en la Industria Metalúrgica" y fue realizada en la Universidad Autónoma Metropolitana-Sede Xochimilco. Se buscó validar metodologías participativas en salud y construir perfiles patológicos de diferentes grupos obreros de la Siderúrgica Lázaro Cárdenas-Las Truchas, que sirvan para implementar acciones de salud en ese centro laboral.

El Informe de progreso, del 11 de Febrero de 1988, disponible en los archivos y que ha sido enviado por los doctores Cristina Laurell y Mariano Noriega, investigadores principales, se refiere a los avances iniciales del estudio en cuanto a la construcción de instrumentos de recolección, procesamiento y análisis de la información.

Se anticipan dos problemas iniciales: uno de orden académico y el otro de origen sindical. Hay coincidencia con compromisos con la Universidad Autónoma Metropolitana para la Maestría en Medicina Social, que de mayo a agosto precisa 6 horas diarias con alumnos de post-grado en el sector salud, por lo cual hubo que hacer un reajuste a la programación. El otro, un inminente cambio del Comité Ejecutivo del Sindicato que hace difícil predecir quiénes serán los nuevos miembros y cuál será su actitud hacia el estudio. Sin embargo el hecho de que 3.000 obreros en asamblea hayan aprobado el estudio permite pensar que se pueda seguir con éxito el estudio según lo propuesto.

Algo que vale la pena anotar de los comentarios de los investigadores, e inherente a este tipo de estudios, es "La participación de los trabajadores en las diferentes etapas es complicada, no sólo por su importancia en la generación del proceso de conocimiento y en la forma de utilizar los resultados, sino por la precisa cooperación que este estudio exige. Realizar la investigación con mil trabajadores que tienen que someterse a un interrogatorio y pruebas que duran aproximadamente una hora y media, y que en muchas ocasiones deben regresar a practicarse estudios especiales , no es fácil y requiere de un calificado y disciplinado equipo" (p.1)

Dentro de los instrumentos, los investigadores consideran a la encuesta colectiva como el más importante, que será aplicado a la muestra de 927 trabajadores. Otro instrumento, que se aplicará a 30 trabajadores, es la prueba de Estrés, y finalmente la auto-evaluación. Para éste último, si el trabajador no sabe leer o escribir, uno de los investigadores le interpreta y consigna los datos. Los datos epidemiológicos acompañados de examenes de laboratorio definen las posibles patologías. En la encuesta, para confrontar la versión definitiva se aplican dos pruebas: una con trabajadores de otras industrias y otra con voluntarios de la propia siderúrgica. Esta encuesta consta de información sobre cargas y riesgos laborales, prevalencia de enfermedades crónicas, datos generales del trabajador y adicionales de historia laboral anterior y dentro de SICARTSA. Todos los diagnósticos están codificados por medio de la Clasificación Internacional de Enfermedades (9 edición), lo que permitirá su comparación con otros estudios.

Sobre este estudio no es posible adelantar comentarios por cuanto como se indica en el Informe de Avance, empezaban la fase de trabajo de campo.

En cuanto a comentarios sobre metodología de educación en salud puede indicarse que es un estudio de características valiosas porque llena los algunos criterios de planeación y evaluación de una investigación de promoción para la salud, según Ewles y Simnett (1.985, p.28).

(3-P-88-0216) Alternativas de control de malaria en dos comunidades remotas de la costa del Pacífico de Colombia.

El área seleccionada en la costa pacífica es una de las regiones de mayor incidencia endémica de malaria del país, donde fluctua su prevalencia entre el 10 y 20% en una población nucleada entre 800 y 3000 personas que viven en absoluta pobreza y con grandes dificultades de acceso a cualquier servicio de salud. Las comunidades seleccionadas fueron: Pizarro con 2.000 habitantes, Cupica con 923, Pangui con 600 y Aruzí con 210. La muestra es con escolares en los grados de 1o. a 6o., excepto en una población donde no hay escuela.

Este proyecto buscó "desarrollar una metodología educativa ágil, eficiente y eficaz que esté acorde con las condiciones sociales y económicas, así como culturales de la región" (p. 2 del protocolo original). El proyecto pretendía también "establecer la vigilancia epidemiológica en malaria por la comunidad". (Ibid)

La lectura de documentos muestra la dificultad de llegar a una propuesta de investigación aceptable. Todos los consultores del proyecto dan conceptos positivos respecto a la iniciativa, pero hacen numerosos comentarios a la metodología: por el número de la muestra y la población de "control" se inclinan a modificar el estudio por uno de tipo "antes y después". Igualmente sugieren mas asesoria en el área epidemiológica, ya que el proyecto plantea una base de datos en las comunidades; les preocupa la idea de que no hay facilidades de acceso a los servicios de salud, en caso de requerirse una hospitalización o un tratamiento cuando se presente resistencia a la cloroquina.

Desafortunadamente, para el tema de esta investigación no se hacen sugerencias o mención de la metodología educativa. Tampoco se encontraron informes de progreso en los archivos.

El informe (3-P-85-0150, Jamaica) "Evaluación del Entrenamiento en Salud Pública", se seleccionó por considerar importante conocer las características de la formación del personal de salud y por tratarse del único programa de post-grado, en el área de educación en salud, en el Caribe. Según lo describe el Director del proyecto, profesor Karl A. Smith, esta evaluación ha sido la primera en su clase realizada en el Departamento Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales. El programa sigue el sistema inglés de "Diploma en Salud Pública". Su duración es de 12 meses, con cursos obligatorios y electivos, un período de tres meses para trabajo de campo e investigación respecto al cual se exige un trabajo escrito. Los candidatos deben ser médicos y haber tenido dos o mas años de experiencia.La muestra fué de 100 egresados y distribuidos en el Caribe, de los cuales el 57.5 está en Jamaica seguido de 17.5 en Trinidad Tobago y 12.5 en Barbados. 35 egresados fueron identificados, de los cuales 26 (74 %) fueron entrevistados y 6 habian emigrado a Europa o los Estados Unidos.

El estudio muestra una tendencia en la disminución de las admisiones, la mas baja en 1981 y 1983 cuya interpretación por los investigadores se refiere a la situación socio-política de Jamaica, la falta de finaciación para becas y de prestigio en el programa, ya que hay preferencia por el título de "master", además los estudiantes compartían la mayoría de los cursos (93%) con el programa de salud comunitaria.

La muestra para el estudio del programa de "Diploma en Salud Comunitaria" fue igualmente de 100 egresados encontrándose que el 69.64 de los estudiantes era de Jamaica, había también participantes de 18 paises del Caribe. La muestra se analizó por disciplinas, encontrándose que hubo 37 egresados en educación en salud, y 40.5% de éstos con edades entre 25-34 años. Se reporta que los egresados de educación en salud han tenido más problemas promocionales que los egresados de otros programas: 29.7 están empleados, 27% han recibido incremento en su salario y al 48% les han dado más responsabilidades después del primer año de nombramiento. La razón más mencionada para asistir al programa de educación en salud es el "desarrollo personal" siendo otras salario y reconocimiento. Tanto en lo referente al "Diploma de Salud Comunitaria" (Educación en Salud) como al "Diploma de Salud Públic"a los participantes, 83% y 84% respectivamente, estuvieron de acuerdo en que el entrenamiento fue apropiado.

Con respecto a la facilidad de comprensión del contenido, el programa de educación en salud, en escala de 1-5, le dió un puntaje de 4. Hubo un consenso en cuanto a la calidad del material de referencia, 60% en el del "Diploma

ce Salud Pública", 59% en educación en salud y 52% en el resto de programas. Los participantes estuvieron de acuerdo en la conveniencia de una enseñanza interdisciplinaria, 88.8% a favor, (solamente 3 participantes se manifestaron en contra). A las preguntas sobre el impacto del conocimiento científico y técnico de salud, un 51% de las respuestas de educación en salud fueron: dan un amplia perspectiva en salud (9), dan nuevos conocimientos (8), despiertan la necesidad de un enfoque científico en la carrera (2). Los cursos responsables de operar estos cambios fueron: Epidemiología, Metodos de investigación y Bioestadística.

Un aspecto interesante para cualquier componente de educación en salud fué la pregunta acerca del efecto del programa sobre la persona y sus actitudes: 50.27% estuvieron de acuerdo en que el programa les dió mas seguridad en si mismos y 20.11% en que les proporcionó un sentido de realización. Esta pregunta no fué contestada por 19 egresados (10.61%). En relación con el incremento del potencial de liderazgo, contestaron a favor del programa de salud comunitaria y educación en salud con respuestas de 79% y 81% respectivamente. Sobre movilidad profesional de 71 respuestas, 23 correspondían a educación en salud.

Referente al efecto de las actitudes en su trabajo se respondió:

- Los hizo mas concientes de sus respon sabilidades (31.84%)
- Más importancia al trabajo en equipo (8.37%)
- Cambio de enfoque (12.84%)
- Contribuyó a la auto-evaluación (1.11%)

Un alto porcentaje no respondió a esta pregunta (34.07%).

Preguntándose sobre actitudes en el trabajo, habilidad para resolver problemas, para relacionarse con otros y comunicarse, y sobre conocimientos científicos y tecnicos, la respuesta de los supervisores a favor del programa fué mas alta para el de salud comunitaria (69.%) que para el de educación en salud (25%) .

En general los gobiernos de los paises del Caribe dieron apoyo a ambos programas, sin embargo, respecto a educación en salud manifestaron algunas deficiencias: "hubo consenso en cuanto a que la cantidad de educación en salud dada no era suficiente para que los educadores en salud funcionaran eficiente y efectivamente en sus comunidades" (p. 60). Por lo demás, ambos programas, salud comunitaria y salud pública fueron criticados como "apresurado y atestado"

(Ibid) sugiriendo la necesidad de más tiempo para desarrollarlos.

En resúmen el programa de educación en salud salió favorecido y ésto se atribuyó a que algunos de los participantes ya habían trabajado en el campo (33%) y tuvieron 6 meses de internado para desarrollar habilidades apoyadas con un componente teórico e investigativo (p. 62)

El estudio se propuso:(1) evaluar las necesidades de personal de salud en el Caribe 2) asistir al personal docente en la planeación y ejecución de un currículum que se base en los resultados encontrados.

Tres tipos de cuestionarios se utilizaron para toda la muestra: referentes a los egresados, a los que se retiraron y a los empleadores, con sus inmediatos supervisores.

El informe, que no reporta las dificultades presentadas duran-te la investigación, termina con las siguientes conclu-siones:

- La suspensión del "Diploma en salud comunitaria" dejó un vacío en la Región y se recomendó reestablecerlo.

- La evaluación crítica tripartita (egresados, departamento y ministerios de salud de los gobiernos del Caribe),dejó entrever "qüe es claro que el Departamento necesita planear los programas de entrenamiento con la participación activa de las comunidades regionales de salud pública" (p. 65)

- En general, los dos programas Salud Pública y Salud Comunitaria, han dado resultados positivos en la región, según los resultados cualitativos y cuantitativos de la evaluación realizada.

El informe final reporta los resultados de un Taller (Noviembre 23-25, 1987), igualmente auspiciado por el CIID y con participación de los países de la Región del Caribe para discutir la evaluación y sugerir los pasos a seguir, se menciona que "las necesidades de capacitación en el Caribe, con relación a educadores en salud y oficiales de salud ambiental fueron especialmente destacadas" (p 66) Numéricamente se debe hacer proyecciones en una Plan de Desarrollo de Personal; igualmente, se planteó la necesidad de coordinar esfuerzos regulares con CAREC (Centro Epidemiológico del Caribe) para mantener una base de datos y con UWIDITE (Experimento de enseñanza a distancia de La Universidad de West Indies) para publicar un boletín con información al dia en salud y llevar a cabo cursos cortos de verano.

Las recomendaciones especificas sobre educación en salud, junto con metodologia de la investigación, administración y salud materno-infantil no aparecen por cuanto falta la pagina 69 del Informe.

El Informe de 75 páginas es presentado por el director del proyecto de investigación Denise Eldemire DPH, asistido por el profesor K. L. Standard, jefe del Departamento de Medicina Social y Preventiva, los doctores D. Eldemire, S. Maharaj y A. Samuels, y las señoras J. Tulloch-Reid, P. Desai y R. Hall.

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

Con el fin de responder a los puntos incluídos en los términos de referencia acerca del tipo de conocimientos producidos, los productos elaborados, problemas, resultados y sugerencias de los proyectos, se consultaron algunos informes tanto finales como parciales, como se describe a continuación.

PROYECTO 3-P-81-0168, COLOMBIA:

Los investigadores, encabezados por Nelson Ortiz y María del Pilar Unda, presentaron al CIID, como informe final del proyecto, el libro (136 páginas) intitulado "Hermanitos. Hacia un nueva estructura educativa para el mejoramiento del ambiente físico-social de la infancia" (1.988).

Recordemos que el objetivo principal de este proyecto era ensayar una metodología pedagógica con niños entre 13 y 14 años de edad, y con sus hogares, que permitiera mejorar las actitudes y comportamientos de esos niños con sus hermanos menores de 4 años, en especial en prácticas de crianza de los niños.

En el libro se presenta una explicación de la metodología utilizada, los resultados y su análisis, junto con con 23 cuadros con los datos de la investigación, y secciones sobre conclusiones y recomendaciones. En general, el resultado del análisis es muy sarisfactorio, en palabras de sus autoeres . Entre las conclusiones se destacan los efectos positivos del programa para afortalecer y mejorar las relaciones entre los hermanos, y se sustentan los cambios en las variables evaluadas, con los datos y oipiniones de las madres de los niños hacia el final del proyecto.

Los niños asimilaron los conocimientos sobre los temas tratados y modificaron su conducta con sus hermanos menores; se notó una clara tendencia en los grupos experimentales en la dirección deseada, mientras en los grupos de control no se presentaron mejorías importantes, más bien hubo retroceso en ellos. El progreso de los niños se vió en su mayor participación, por ejemplo, en sus intervenciones en reuniones, aún planteando desacuerdos con los agentes educativos. No todos los resultados se midieron cuantitativamente, pero distintas observaciones cualitativas, en general, señalan que hubo progreso en los niños mayores, lo que permitió una mejor interrelación con sus hermanos menores.

Es de destacar que los autores afirman que "el éxito se atribuyó fundamentalmente a la metodología de trabajo utilizada con los niños". Las dinámicas de grupo permitieron que los mismos niños identificaran factores asociados con el desarrollo de sus hermanitos. Se constató un "extraordinario valor de los sistemas participativos, como generadores de aprendizaje, sólidos y transferibles"; se vió que los análisis de grupo fueron "poderosa herramienta para fomentar el pensamiento crítico y la creatividad de los niños (pp.105-6).

Entre las recomendaciones se destacaron las siguientes. Es necesario lograr que los agentes educativos minimicen hasta el máximo su posición de autoridad para que los niños puedan expresarse libremente. Los educadores deben adaptarse al sistema cultural de los niños en su lenguaje y en el respeto que otorguen a sus valores y creencias, disminuyendo las distancias sicológicas y culturales que los separan de éstos. Debe lograrse flexibilidad en las situaciones de aprendizaje para que el niño desarrolle habilidades de análisis de situaciones nuevas.

Los autores señalan como problemas del proyecto la corta duración de la intervención pedagógica (25 sesiones de 2 horas cada una durante 10 meses); aunque los niños propusieron tareas, tales como las de arborización de las escuelas, representaciones teatrales y otras similares, no pudieron llevarse a cabo por la misma razón de falta de tiempo. Se señala que fácilmente los niños se convertirían en multiplicadores de las experiencias si estas se repiten con un mayor márgen de tiempo.

Para vincular la escuela a la vida, se requiere una reforma sustancial del curriculum y de la metodología del trabajo escolar. Aunque el proyecto se inició con la idea de capacitar a los maestros, ésto no fue posible por trabas burocráticas del sistema educativo. Se reivindica la importancia de la función del maestro, aunque es necesario introducir cambios en la rigidez de los programas y en las valoraciones del maestro como único poseedor de la verdad, y del niño como receptor pasivo de la enseñnza. Aunque este proyecto no incluye muchos componentes específicos de educación en salud, sus resultados pueden utilizarse en términos de una metodología pedagógica participativa, que al extenderse en las escuelas, podría incluir un conjunto más amplio de conocimientos y prácticas relacionadas con la salud.

PROYECTO 3-P-81-0186, ARGENTINA

Se revisaron los dos volúmenes del informe final suscrito por S. Torrado, presentado en octubre y diciembre de 1984. Titulo "El proceso de salud y enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario, Argentina, 1981-1982".

La investigación se refiría a una cohorte de 621 niños nacidos vivos en un período de dos semanas y a sus madres, habitantes de Rosario, de los cuales el 95,7% habían nacido en establecimientos asistenciales. Se presentan en el informe 26 cuadros estadísticos en el volúmen I, sobre condiciones ambientales, conductas maternas en relación al embarazo, acciones instutucionales durante el preparto, y condiciones biológicas del niño. Con esta información se corrobora plenamente la hipótesis sobre la correlación entre la clase social, las condiciones de vida y el proceso salud enfermedad.

En el volúmen II se presentan 22 cuadros referidos a la alimentacion del niño durante el primer año de vida, vacunación, control de salud y crecimiento (talla y peso).

Entre las conclusiones generales se destaca que fueron significativas las mediciones de distintas variables para discriminar la relación salud enfermedad según las categorías sociales establecidas (desde empresarios hasta obreros temporales). Se comprueba que el segmento más vulnerable en los rasgos del perfil salud-educación durante el primer año de vida, es el compuesto por obreros y trabajadores carentes de estabilidad en su inserción en la división social del trabajo.

PROYECTO 3-P-85-0062, ECUADOR

Se revisó el informe final presentado por J. Sánchez Parga, CAAP, Quito 1987. Título: "Aprendizaje y comunicación en la comunidad andina , 371 páginas.

Este proyecto intentó mediciones de "espacios comunicacionales" de varias comunidades indígenas por medio de observación no participante, y desarrolla teóricamente temas antropológicos, etnológicos y sociolinguísticos, la mayoría no relacionados ni directa ni indirectamente con el área de educación en salud. Se refiere a las formas del de- sarrollo del pensamiento indígena, a problemas de semiología y de comunicación interétnica.

Desde un punto de vista de educación para la salud, lo rescatable puede ser lo referente a la concepción indígena sobre la salud y la enfermedad (pp.161 y ss.). Se indica que el indígena tiene un discurso anatómico restringido, son escasas sus referencias al cuerpo y a sus partes, y al investigar la etiología de las enfermedades, los investigadores encontraron que "los tiempos y los espacios de soledad, las distancias de la familia o de la comunidad, generalmente por razones de trabajo, constituyen las circunstancias predominantes". Así el indígena explica que se enfermó "por ir solito" o porque "solita dí a luz" o porque " estaba haciendo un largo viaje". Igualmente se asocia la enfermedad con el tiempo del amanecer y el anocher, es decir, con la oscuridad. Así, los investigadores señalan que el 70% de las enfermedades detectadas tuvieron lugar fuera de la casa o lejos de la comunidad, y el 20% durante algún itinerario.

Otro aspecto de la investigación se refiere a la concepción que se tiene sobre el restablecimiento de la salud, que ocurre más por la intervención de algún protagonista o actor de la curación, que por el uso de medicamentos o remedios: el partero, el curandero, familiares, vecinos o amigos. Lo cual conlleva el sentido de que la salud, su pérdida y su recuperación son percibidas como parte del contexto social, no tanto un problema del saber o de la ciencia, sino ligado a las relaciones sociales "tener quien lo cuide a uno".

El discurso patológico de las comunidades andinas estudiadas se encuentra desplazado del "cuerpo del enfermo" al "cuerpo social"; la enfermedad se relaciona con las condiciones de vida y de trabajo de los indígenas, con sus desplazamientos y condiciones económicas. Existe una percepción del cuerpo que va más allá del individuo, se expresa una corporalidad amplia que relaciona al individuo con la comunidad y que se expresa en frases como "somos un solo corazón".

Por último, la comunidad es vista por sus miembros como un organismo vivo, un cuerpo que no sólo posee una actualización espacial sino que comprende también una dimensión temporal, sobre la que el grupo proyeta el ciclo de su reproducción biológica. La comunidad se representa como una extensión y proyección de la persona individual: "Mis cosas son cosas de la comunidad"

Estas concepciones pueden ser muy importantes dentro de los cambios producidos en la medicina y en la salud durante las últimas décadas, ya que corresponden a elementos de los nuevos paradigmas científicos expresados en corrientes holísticas que precisamente retan la concepción reduccionista de la ciencia.

PROYECTO 3-P-85-0341, COLOMBIA

Se revisaron el informe final, las cartillas de divulgación sobre el AMA (Ambiente de Mutuo Apoyo), y las guías o folletos de instrucción sobre distintos temas, presentados al CIID en 1988.

El informe final, intitulado "Ambiente de mutuo apoyo" y suscrito por R. Campo V. y M. C. Lozano A., consta de 305 páginas e incluye 9 cuadros con resultados cuantitativos de diversos tests o pruebas que se aplicaron a una población de jóvenes, de 12 a 18 años de edad, abandonadas o en peligro físico o moral, atendidas para reeducación en Bogotá, Cali y Chía, en instituciones especiales . Un total de 113 niñas fueron sometidas a diversas pruebas o tests de tipo sicológico que aparecen en los anexos del informe.

AMA es definido como "un sistema total para construir una alternativa cultural positiva para jóvenes, que les enseña a asumir la responsabiladad de ayudarse mutuamente y a identificar y solucionar sus problemas." Se parte de premisas humanistas-cristianas, por ejemplo que al dar apoyo y ser útil para otra persona el jóven mejora su propia imágen y se capacita para solucionar sus problemas. El proyecto parte de la convicción de las investigadoras acerca de la aplicación del sistema AMA, que logra desarrollar la confianza, madurez y responsabilidad en las jóvenes.

Las pruebas o escalas aplicadads median autoconcepto, salud, religión,, relaciones familiares, opiniones, responsabilidad, y una encuesta se dirigía a factores ambientales.

Según los autores, los resultados fueron positivos, se comprobó que, a medida que aumenta la autovaloración en el jóven, aumenta la responsabilidad, lo mismo ocurre con el mutuo apoyo, dicen ellos que "el análisis de los resultados con respecto a la responsabilidad nos permite concluir que las estrategias de AMA son de gran utilidad para lograr la internalización de la responsabilidad personal y a la vez desplegarla en el ámbito social."

Recomiendan extender el conocimiento de la metodología AMA en los medios educativos y elaborar instrumentos de medición de acuerdo a las condiciones locales con el fin de obtener una confiabilidad y validez en los resultados. Deben establecerse métodos de evaluación y mayor investigación en distitos medios sociales.

Cartillas

Como parte del esfuerzo por extender el método, se elaboraron cartillas sencillas, con ilustraciones, sobre dignidad de la mujer, salud y vida, dignidad y trabajo, y una dedicada al cuidado de la salud. Se trata de conocimientos elementales, expuestos con claridad y sencillez, el material es de buena calidad y útile para educadores y jóvenes de sectores populares.

Guías pedagógicas o folletos de divulgación de AMA

M.C. Lozano aparece como autora de una serie de guías, útioles para educadores, que contienen ilustraciones, ejercicios y explicaciones diversas, con el fin de minimizar el autoritarismo del educador, aumentar las habilidades de los jóvenes hacia la creatividad, ayuda mutua, responsabilidad, autovaloración, y otros.

Las guías se dirigen a educadores, profesionales, promotores, y a institucuones de atención a jóvenes con problemas de desadaptación social. Igualmente se dirigen a los mismos jóvenes y adolescentes.

Se enumeran a continuación:

1- El ambiente de mutuo apoyo AMA (115pp.)

2- La acogida (39 pp.)

3- Personalización (75 pp.)

4- Socialización (185 pp.)

5- Interiorización de valores (45 pp.)

6- Aspectos jurídicos (21 pp.)

Con autoría de C. E. Monroy y A. Rojas se hizo otra guía sobre :

7- Educación sexual

Las guías están bien elaboradas y, sobre todo algunas como las dos últimas, parecen de gran utilidad para educadores y jóvenes por su contenido y claridad.

PROYECTO 3-P-85-1026, CHILE

Se revisó el informe final de C. Hardy de 1988. Titulo: "Informe final del proyecto; necesidades básicas y organizaciones populares en Chile".

Los resultados se han presentado en un libro de C.Hardy "Organizarse para vivir: pobreza urbana y organizaciones populares", en tres informes sobre estudios de caso que exploran las dinámicas organizativas y su impacto en las familias participantes (en referencia a trabajo, alimentación y vivienda), y en dos ducumentos. Uno con los resultados de una encuesta de hogares para caracterizar el mundo de la pobreza organizada, y otro con los resultados del catastro y con una encuesta de organizaciones rurales de subsistencia.

Una lectura rápida del informe final indica que se trata de un proyecto de investigación con niveles de exelencia: por la metodología y el análisis, así como por las observaciones agudas y pertinesntes de la autora respecto al mundo de la pobreza organizada. Aunque no dirigido específicamente al área de la educación para la salud, se trata de conocimientos indispensables para los programas que procuran cambios en las condiciones de vida de las condiciones de vida de las poblaciones urbanas y rurales marginadas, que bien valdría la pena divulgar entre el personal de salud.

Entre los principales hallazgos destacamos:

1- La hetegoreneidad de la población pobre, que exige políticas diferenciadas. Reconocer esa heteregeneidad es requisito de respuestas diferenciadas de solución a la inequidad, tanto en los contenidos de las políticas, como en los mecanismos para realizarlas.

2- Es necesario conocer y reflexionar sobre los distintos modos en que los sectores populares viven y confrontan sus condiciones de pobreza para derivar formas en que las políticas y medidas sean viables .

3- El fenómeno de la pobreza no incluye sólo rasgos económico-estructurales, sino también elementos socioculturales igualmente determinantes.

4-Las poblaciones pobres dan muestra de realismo en sus aspiraciones a lo posible, a lo alcanzable; aspiran así a la modernidad, pero al no alcanzarla, inventan modos alternativos, por lo que es necesario estimular iniciativas y potencialidades creadoras.

5- La búsqueda de soluciones propias para resolver necesidades puede ser el inicio de orientaciones reales en la búsqueda de autonomía o, por el contrario, de mecanismos de autoexclusión que pueden desembocar en una situación de dependencia.

6- Como el concepto de autonomía es vital en el desarrollo alternativo (en salud y otras áreas), transcribimos lo dicho por la autora: "la autonomía requiere, necesariamente condiciones de autosificiencia, condiciones materiales de operación y reproducción de los grupos, las organizaciones para la subsistencia nacen para intentar resolver necesidades que ya no pueden ser satisfechas directamente en los hogares, y para ello se requieren recursos. Sin éstos es imposible cumplir los objetivos grupales y entonces la autonomía desaparece como posibilidad de materializarse....

Los aportes externos deben ser concebidos como la condición mínima para que los sujetos puedan ganar en autonomía".

7- Se hace una evaluación crítica del debate sobre la autonomía como pugna con opciones excluyentes entre estado y sociedad.

Sobrevivir, como tarea de los núcleos familiares o de grupos organizados socialmente, es un esfuerzo cotidiano de obtención y administración de recursos escasos. Los aportes materiales tienen un rol central en todas las estrategias de sobrevivencia, en su mayoría son de origen externo a grupos y familias. En este sentido, la autosuficiencia es una imposibilidad inicial. Son muchas las eventuales fuentes de recursos , pero sin duda el estado debe tener una presencia privilegiada, dadas las dimensiones de la pobreza. De modo que la autonomía sólo puede estar presente como necesidad y problema en una relación construída entre el estado y la sociedad. Se trata pues del tipo de relaciones como es necesario contruir, no de su renuncia.

8- Los grupos organizados contribuyen a la socialización de las prácticas democráticas entre pobladores sometidos a procesos de exclusión, primero porque el funcionamiento organizativo y su eficacia dependen del tipo de relación y práctica que se desarrolle internamente en cada grupo, y segundo, porque el parcial alivio que la organización proporciona a cada hogar, permite el salir del agobio cotidiano, de la sola subsistencia material, y aproximarse a otros aspectos de la sobrevivencia humana.

9- Las prácticas grupales apuntan a contenidos democráticos específicos, se promueve la participación y el acceso a horizontes culturales más amplios. (No sólo comer, sino cómo y qué comer). El carácter descentralizador de la

gestión, la apropiación directa de los recursos de cada grupo, gestará distintas relaciones sociedad-estado. Se dan espacios posibles de prácticas democráticas, se acercan tareas económicas y políticas. Pero son iniciativas que no trascienden el ámbito estrecho de las necesidades inmediatas que intentan resolver.

10- Subsiste un obstáculo históricamente reiterado en nuestras sociedades : las organizaciones no han logrado articular sus demandas de solución a necesidades y problemas inmediatos con una demanda democrática nacional. Y finalmente, en ausevncia de un proyecto nacional, lo que está compronmetido es la propia resolución de las demandas y necesidades populares.

IV - DIVISION DE COMUNICACIONES

3-P-0258 Colombia

Este proyecto entitulado "Reproductive Health Care for Adolescents" se propone facilitar el proceso de educación sexual por medio de la producción de video-tapes educativos, apoyados por material impreso.

a) Temas Sustantivos

- Desarrollar y producir 3 video-tapes de 20 minutos dirigido a maestros, "Utándonos de Cosas" para grupos de pre-adolescentes "Empecemos la Aventura" (9-12 años), adolescentes "Hablando de Cosas" (13-16 años) y adultos jóvenes "Es un Asunto de Emociones" (más de 16 años)

- Diseñar libretos para discusiones

- Producir un video de 40 minutos para ayuda a los maestros en su propia creatividad, en desarrollar materiales apropiados de bajo costo

- Producir un panfleto para promocionarlos

- Hacer un pre-test y evaluar la efectividad del material

b) Metodologías Propuestas

El proyecto se estimó en 9 meses con cuatro fases así: (3). para preparación y documentación, (2). para pruebas y (4) . para producción de videos, guías y material impreso.

Los problemas identificados entre adolescentes fueron:

- Falta de información
- Deseo de conocer su cuerpo
- Dificultades para aceptar los cambios orgánicos
- Dificultades de relación con el sexo opuesto
- Generación de conflictos
- Problemas en el manejo de la sexualidad

El contenido para responder a estos problemas fue cuidadosamente seleccionado siguiendo una metodología participativa, con maestros, padres de familia y estudiantes de 3 colegios de secundaria en Bogotá: Marco Fidel Suarez (El Tunal) con 1.200 estudiantes, Guillermo Valencia (Restrepo) con 1.000 estudiantes y Cooperativa de Bosa, con 800 estudiantes.

La fase 1 fué de documentación y planeamientos

La fase 2, se realizaron unos talleres de motivación entre estudiantes en las edades determinadas: se informó del proyecto y se solicitó reflexión sobre el tema, se recibieron preguntas sobre las inquietudes y se les invitó libremente a participar. Luego se hicieron unos talleres de "metodologia lúdica": con titeres, rompecabezas (con los órganos de reproducción masculinos y femeninos), máscaras y discusiones espontáneas grabadas con autorización. En las edades tempranas hubo mas espontaneidad. Para los maestros se solicitó igualmente la participación voluntaria y la comunicación a todo lo largo del proceso: un grupo que tomó tiempo para despertar la confianza y quitar los es-quemas rígidos tradicionales. Los padres de familia, aceptaron fácilmente la idea sin objeciones y apoyaron la participación de los hijos.

La fase 3,consistió en la producción y las guías de utilización. Se hicieron dos seminarios para la introducción del material y se hizo seguimiento mediante otros talleres para determinar la efectividad del material.

c) Poblaciones Objeto del Estudio

Estudiantes de secundaria en edades entre 9 y 16 años, padres de familia y maestros de tres colegios del sur de Bogotá, Colombia

d) Beneficiarios Potenciales

El material tiene un alto contenido de "universalidad" en cuanto a las caracteristicasde la población se hizo sin tener en cuenta nivel soico-económico. Igual para los padres de familia y los maestros.

e) Métodos de Evaluación

Pre y post test, cuidadoso seguimiento del proceso y reajustes. Evaluaciones de los participantes por medio de talleres.

f) Agentes Involucrados en el Proceso

Estudiantes de secundaria, maestros y padres de familia

g) Tipo de Educación Educativa

La orientación se caracteriza como de tipo Pomocional: los técnicos identificaron el problema y el contenido inicial y a través de técnicas participacitivas y de proyección se logró involucrar a todos en el proceso educativo. Se utilizaron talleres con guías para la evaluación formal.

h) Tipo de Participación de la Población Objeto

La población participó voluntariamente y fue consultada en todo el proceso

i) Instituciones Apoyadas

CRESALC: Comité Regional de Educación Sexual para la America Latina y el Caribe/ Capiitulo de Colombia

j) Caracteristicas y Experiencias de los Investigadores

Cecilia Cardenal M.D. Investigadora Principal,
Matilde de Tafur, trabajadora social y coinvestigadora

Ambos investigadores cuentan con reconocida experiencia internacional sobre el tema y son autores de varias publicaciones.

Comentarios de los Investigadores

Algunos comentarios respecto a las dificultades presentadas durante el proceso de investigación se reportaron según las diferentes fases:

Fase I (1) Alrededor del Tema, por las implicaciones individuales del tema, no fué facil unificar ideas respecto a los objetivos señalados para el proyecto. Fué particularmente dificil compartir los propósitos de los investigadores con el Director de Producción; por esta razón el tiempo dispuesto para encontrar la persona que realizara este trabajo fué mas largo que lo previsto.

(2) Información Disponible Alrededor del Tema, Muy escasa,al final del proyecto únicamente, se publicó en Bogotá el libro "Adolescentes de Hoy, Padres del mañana" de Helena Prada, que tiene un aporte significativo sobre el tema de la investigación. En general, la bibliografía colombiana al respecto al inicio del proyecto fue casi nula.

(3) Equipo de Trabajo, Se sugeriría en este punto una mayor consolidación del grupo en relación al tema, objetivos y metodología del trabajo.

Fase II Dificultades: (1) Disponibilidad de los participantes, en cuanto a los maestros, si bien estuvieron interesados, su actitud reflejó dificultad para participar espontáneamente. La presencia de los camarógrafos y el equipo de grabación, a pesar de haberse discutido previamente, alteró las relaciones del grupo. Fue muy dificil controlar este factor. Los comportamientos poco espontáneos interfirieron el proceso educativo y la

producción del material, por esta razón, los investigadores reconocen que este video no dió los resultados esperados.

(2) Por incumplimiento del Director no fué posible realizar la grabación con adolescentes medianos (13 a 16 años) como se había previsto. El único grupo que se había preparado no estuvo presente en la grabación. Si bien se realizó una etapa preparatoria breve con los participantes, se observaron notables diferencias con los grupos que sí habían realizado el proceso preapratorio completo.

(3) Espacio, las instalaciones físicas no siempre fueron suficientemente adecuadas por interferencias ocasionadas por el ruido exterior y dificultades en las conexiones eléctricas, en algunos casos los participantes estuvieron incómodos. Así mismo, algunos profesores quisieron asistir a las grabaciones y su presencia interfirió la expresión de los jóvenes. Este aspecto, si bien se discutió con ellos y se logró modificar, en parte, su efecto, confirma la importancia, según los investigadores, de cuidar la privacidad de estas experiencias.

Fase III Producción de Videos: (1) Personal de Grabación, en el video de profesores, el grupo no tenía todavía la suficiente claridad respecto a los propósitos. En opinión de los investigadores es importante realizar pruebas inciales para llegar a un acuerdo antes de comenzar las grabaciones. Esto reduciría los costos.

(2) Participantes, ocurrieron situaciones imprevistas en el proceso de grabación y algunas ocasionarion tensiones en los grupos. Es muy importante a juicio de los investigadores, contemplar la posibilidad de realizar reuniones que permitan procesos posteriores de seguimiento, para evaluar que ha ocurrido en los participantes después de la grabación.

(3) Edición, se presentaron dificultades por desacuerdos con el productor por el lenguaje utilizado en uno de los dramatizados. Si bien se llegó a un acuerdo, es importante según los investigadores, discutir este aspecto previamente e incorporar a los actores dentro de los grupos de jóvenes con quienes se realizó el trabajo de grabación.

Fase IV Producción de Guías, (1) Tiempo, fué corto, especialmente para probar las guías con un mayor número de grupos.

(2) Seguimiento y evaluación, esta fase no se contempló en el proyecto. Hubiera sido muy importante establecer el uso que se ha dado a los videos y a las guías y medir su efectividad; sin embargo no fué prevista esta etapa, una sugerencia dada por los investigadores para trabajos posteriores de este tipo, es incluir un seguimiento que

permita saber cuál ha sido la utilidad del material y qué dificultades han encontrado quienes lo utilizan.

(3) Ajuste de Guías, el tiempo previsto para su ajuste fue muy corto ya que se requirieron varios ajustes en razón a los contenidos que surgieron en el proceso de grabación por parte de los participantes y las inquietudes de los investigadores.

CONCLUSIONES

En cuanto a la Investigación Acción Participativa, hasta ahora han tenido mayores resultados en instituciones y grupos del sector privado, ya que cuando se ubican en el sector oficial, ocurren ciertas resistencias que impiden el logro de los objetivos de esos procesos. Es evidente que el sector privado permite una mayor flexibilidad en el logro de objetivos de concientización y acción, por lo menos en el sentido de no contar con burocracias difíciles de mover. Puede experimentarse con menos trabas de tipo administrativo, tales como los cambios de personal, o los trámites requeridos para hacerse a algunos fondos necesarios.

Los fracasos de los proyectos de tipo tradicional, generalmente asumen que lo que el investigador considera importante, es lo que la comunidad también considera de importancia. Por ello se programan y realizan proyectos sin ninguna consulta, menos aún participación de las comunidades objeto de estudio.

Es por ello necesario reestablecer los vínculos entre la actividad intelectual (investigativa) y las acciones de transformación social. Es decir que investigadores e investigados deben emprendrer juntos una tares común: la de develar la realidad para modificarla. La educación es entonces parte integral de la investigación-acción participativa: se refiere tanto a la producción del conocimiento como a su uso y eficacia para las mismas personas que se educan a través de sus vínculos con el conocimiento.

1. Los proyectos de investigación de educación para la salud, apoyados por el CIID entre los años 1981 y 1988, abarcan una gama de campos, varian por sus alcances, duración, especificidad, metodologías y grado de innovación.

- **Campos:** La naturaleza de los proyectos se juzgó en primer término por sus títulos, un análisis posterior indicó que todos estuvieron dentro del contexto social de mejora de condiciones de vida en poblaciones pobres, urbanas y rurales en aspectos del binomio salud-enfermedad y con amplia tendencia a la protección del medio ambiente y al fortalecimiento de organizaciones populares para responder sobre su salud en la forma como ellas lo definieran. La educación popular jugó un papel importante para conocer y fomentar actitudes, valores y prácticas.

- Alcances: En general se trató de proyectos circunscritos a un determinado tema y localidad: barrios en grandes ciudades, poblaciones dispersas campesinas o indíge-

nas, grupos de mujeres, o población infantil pero con acciones concretas por investigar y resolver.

- Duración: Según se indica en el texto del informe las investigaciones oscilaron entre 12 y 24 meses. Tres de los 43 solicitaron una segunda fase para ampliar la investigación realizada, para hacer un seguimiento de acciones educativas o para seguir explorando los resultados de la propuesta original. Para el caso de educación para la salud es extremadamente dificil medir algún impacto en programas de tan corta duración por tratarse de modificaciones en el comportamiento, cambios de actitudes e intentos de alcanzar metas mas complejas que sólo son evidentes años después.

- Metodologías: Los proyectos que desarrollaron metodologías de investigación-acción participativa resultaron de mayor utilidad en el campo de educación para la salud y de exploración de temas de tipo social que los de metodologias clásicas. Por lo demás, estas metodologías participativas son más apropiadas para Latinoamérica y merecen un análisis mas profundo del que permitió este trabajo.

- Grado de Innovación: En este aspecto, y salvo algunas pocas excepciones, no se vé un aporte significativo de los resultados esperados, tampoco se encontró en los informes detalles amplios sobre la utilización de los mismos. Algunos se limitaron a indicar publicaciones, discusiones en seminarios de carácter local o regional.

2. En general, los proyectos de investigación reflejan cierta evolución en los intereses del CIID en su política y estructura organizativa que se operó a través de ocho años de este análisis. En igual forma, reflejan los intereses de los investigadores, las organizaciones apoyadas y en algunas ocasiones las mismas comunidades y las políticas sociales de desarrollo de los gobiernos en los respectivos países.

3. Educación para la salud ha tenido un resurgimiento con el movimiento de "Salud para Todos" y aunque el concepto de promoción de salud se ha desarrollado ampliamente en los últimos 5 años a nivel mundial y le ha dado impulso y reconocimiento a la educación para la salud, su base investigativa es todavía frágil en Latinoamérica y requiere de un fuerte apoyo por parte del CIID.

4. Los programas desarrollados por universidades con excepción de CIMDER (Universidad del Valle en Colombia), se limitaron a una facultad o a un departamento y en pocas oportunidades desarrollaron proyectos de investigación interdiscinaria.

5. Fueron poco significativos los informes reportados sobre dificultades administrativas, financieras o de cohesión de los investigdores. En un caso que murió repetinamente el in-

vestigador principal, el proyecto no se afectó gracias al compromiso e interés de los coinvestigadores por continuar hasta el final el programa trazado.

RECOMENDACIONES

1. Difusión del Conocimiento y Experiencias de Investigaciones

a) Hacer referencia a la educación para la salud y a su importancia para la atención primaria de salud y el desarrollo social en las publicaciones periodicas del CIID con miras a estimular un mas amplio conocimiento del tema y a estimular investigaciones.

b) Exigir en los protocolos de investigación mayor claridad en sus componentes de evaluación, incorporándolos en su diseño metodológico, con el fin de lograr una comparación inicial y una situación final. En la mayoría de los proyectos fue dificil medir el impacto y se atribuye a este aspecto.

c) Diseñar estrategias para la utilización inmediata de resultados de las investigaciones con el fin de compartir los nuevos conocimientos, materiales y metodologías propias de educación para la salud entre las comunidades y los profesionales de salud, así como de las organizaciones y los organismos gubernamentales.

2. Apoyar Iniciativas de Grupos Comunitarios

a) Establecer o fortalecer mecanismos para apoyar a las las comunidades rurales o urbanas y grupos de base en sus iniciativas de desarrollar investigaciones y rescatar valores y conocimientos populares propios. Es posible que esto requiera de grupos asesores de investigadores o coordinación de proyectos similares y de capacitadores para asegurar el rigor científico de las mismas.

b) Desarrollar mecanismos para que las comunidades puedan utilizar el resultado de sus propias investigaciones en beneficio de propia salud y desarrollo.

3. Investigaciones de Servicios de Salud

a) Auspiciar investigaciones en comunidad bajo la coordinación de universidades comprometidas con el desarrollo y la promoción de salud para fomentar modelos innovativos de servicios básicos.

b) Estos modelos facilitarán la formación de equipos muldisciplinarios con curriculo basada en educación para la

salud de la comunidad, la prevención temprana de enfermedades y la protección al medio ambiente.

c) Las investigaciones de campo, efectuadas por estudiantes universitarios darán lugar a identificar pequeños proyectos con participación de la comunidad que a su vez generen nuevos conocimientos de educación para la salud.

4. Capacitación y Asesoría a Investigadores

a) Patrocinar cursos cortos y becas de graduados para capacitar personal de salud y ciencias sociales en investigación relacionada con la promoción de la salud y la protección al medio ambiente, igualmente la incorporación de elementos metodógicos de las ciencias sociales para el apropiado conocimiento de las comunidades.

b) Proporcionar oportunamente asesoría en investigación a los proyectos cuando sus evaluaciones de avance indique su necesidad. Para esto se requerirá la creación de una red con el fin de identificar las instituciones e investigadores disponibles y calificados para cada caso.

5. Temas y Contenidos para Futuros Proyectos de Investigación

a) Familia,

b) Adolescentes:

- Educación reproductiva temprana, por ej. incorporada al curriculum escolar o con otras modalidalidades de educación no-formal

- Prevención del Sida

- Comportamientos de Salud: actividades: ejercicio, recreación y exploración de conocimientos, actitudes y valores populares

- Prevención de la droga-adicción

c) Grupos desplazados (por la violencia)

d) Autocuidado en Salud

e) Salud del Trabajador en especial en la economia informal (adultos y niños)

APENDICE I

PROYECTOS SELECCIONADOS EN EDUCACION EN SALUD

DIVISION DE SALUD

3-P-88-0230
Communmity control of Acute Respiratory Infections
Edilberto Glez Ochoa
Cuba.

3-P-88-0216
Community Control of Malaria
Dr. William Rojas
Corporación para Investigaciones Biológicas
Apartado Aereo 7378
Medellín.
Colombia

3-P-88-0186
Occupational Health and Rural Community Education
Dra Emma Rubin de Celis
Huayuna Instituto de Promoción y Desarrollo
Lima.
Perú

3-P-88-0172
Self Medication Among the Urban Poor
Dr. Alejandrino Maguiña
CELATS Centro Latinoamericano de Trabajo Social
Lima
Perú

3-P-88-0168
Risk Factors of Cutaneous Leishmaniasis
Dr. Rodrigo Zeledón
Universidad Nacional
Escuela de Medicina Veterinaria
Heredia
Costa Rica

3-P-87-0342
Chagas's Disease Prevention Via Improved Housing
Dr. Luis Silvio Rios
Centro de Tecnologia Apropiada-CTA
Universidad Católica de Paraguay
Asunción
Paraguay

3-P-87-0286
DAFF Latrines
Dr. Armando Cáceres
Centro de Estudios Mesoamericano sobre Tecnología Apropiada
CEMAT
Apartado 1160 Ciudad de Guatemala
Guatemala

3-P-87-0241
Mining Sector
Dra. Miryan Gamboa Villarroel
Av. Arce 2606, Casilla 4722
La Paz
Bolivia

3-P-87- 0323
Diarrheal Disease
Dra. María H. Hortal de Peluffo M.S.
Instituto de Higiene
Ave. Alfredo Navarro 3051
Montevideo
Uruguay

3-P-87- 0292
Cadmium and Arsenic Intoxication of Children
Dr. Fernando Diaz-Barriga M
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
San Luis Potosí SLP
México

3-87-0155
Occupational Health in the Metal Industry
Dra. Asa Cristina Laurell
Dr. Mariano Noriega
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
Ciudad de México
México

3--87-0103
Excreta Disposal
Ing. Jirson Mina Morales
Proyecto Sucre Ciudad Universitaria (PSCU)
C.P. 385
Sucre
Bolivia

3-P-86- 0288
Maternal Health in Peri-Urban Tegucigalpa
CEPROD - Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo/
Departamento de Medicina Social/Universidad Autónoma de
Honduras

3-P-86- 0247
Evaluation Methodology in Primary Health Care
Instituto Mexicano de Seguridad Social/programa
de educación cooperativa
Ministerio de Salud
México

3-P-86-0225
Children as Change Agents
Dr. Douglas A. Matamoros
Dirección de Investigaciones Científicas
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Tegucigalpa
Honduras

3-P-86- 0219
Empoisonnement des Travailleurs par les Pesticides
Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Salud Ocupacional
Bolivia

3-P-86-0145
Cervical Cancer Prevention
CEDES: Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Buenos Aires
Argentina

3-P-86-0132
Windpump and Composting Latrine Technology
Universidad de Panamá
CEDIFA: Centro de Investigaciones-Facultad de Arquitectura
Panamá
Panamá

3-P-85-1025
Helminthiasis Control
McGill University. Canadá
Ministerio de Salud. República Dominicana
University of the West Indies
Jamaica

3-P-85-0293
Contraceptive Knowledge Practices of University Students
Dr. Héctor G. Hernandez Rodríguez
Jefe, Departamento de Preventiva y Medicina Social
Universidad Autonóma de San Luis Potosí
SLP 78000
México

3-P-83-0177
Alcoholism
Dr. Alfredo Pemjeam
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago.
Chile

3-P-83-0124
Promotion of Breastfeeding
Dra. Haydee Rondon
Directora de la División de Nutrición
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo
República Dominicana

3-P-83-0103
Nutrition Education/Weanlings (CFNI)
Panamerican Health Organization
525 Twnty-Third St N.W.
Washington D.C. 20037
c/o Mr. Kenneth A. Leslie
Acting Director
Caribbean Food and Nutrition Institute
P.O. Box 140, Kinsgton
Jamaica

3-P-81-0068
Training Evaluation
Dr. Carlos Gómez Duarte
Director Agua del Pueblo
7a Ave. Norte No. 84
Apartado Postal 337
Antigua.
Guatemala

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES

3-P-87-0057
Community-managed Organizations
Paola Sylvia Charvet
Directora
CEEP, Centro de Educación y Promoción Popular
Casilla 870, Suc.12 de Octubre
Quito
Ecuador

3-P-86-0213
Infant Mortality Methodology
Dra. Cármen Arretx
CELADE
Edificio Naciones Unidas
Av. Dag Hammarskjold
Casilla 91. Santiago de Chile
Chile

3-P-85-1026
Self-help Organizations in Chile
Dr. Humberto Vega
Programa de Economía del Trabajo
Catedral 1063, 6 Piso
Santiago
Chile

3-P-85-0341
Design and Evaluation of an Educational
Programme of High Social Risk Girls
Carlos Cañón
Fundación Servicio de Orientación Juvenil
Carrera 30 No. 78-12
Apartado Aereo 080470
Bogotá
Colombia

3-P-85-0269
Infant Morbidity among the Urban Poor
Dr. Carlos Monge
INANDEP, Instituto Andino de Estudios
en Población y Desarrollo
Lola Pardo Vargas 325,
Urbanización Aurors
Lima
Perú

3-P-85-0075
Education and Grass-roots Movements
José Bengoa
Documentación Estudios Educación-SUR
Casilla 323-V, Correo 21
Santiago
Chile

3-P-85-0062
Indian Peasants Education
Francisco Rohn Dávila
CAAP-Centro Andino de Acción Popular
Las Casas 1302 y Ob. Arias de Ugarte
9%a. Transversal)
Apartado Postal 173-B
Quito
Ecuador

3-P-84-0083
Women and the Participation of Low-Income
Huoseholds in Urban Services
Sra. Maruja Barrig
Instituto de Estudios Socio Económicos
y Fomento del Desarrollo (CENTRO)
Jr. Tarma 185, Lima 1
Lima
Perú

3-P-84-0019
Food Consumption and the Urban Poor
Sr. Julio Prudencio
CERES-Centro de Estudios de la Realidad
Económica y Social
Casilla 10018
La Paz
Bolivia

3-P-81-0229
Organization and Advacement of Low-Income Women
Secretaría General
CEPLAES-Centro de Planificación y Estudios Sociales
Casilla 6127 CCI
Quito
Ecuador

3-P-81-0186
Socio Economic Determinants of Infant
Mortality in Rosario
Dr. Carlos Bloch, Director
Centro de Estudios Sanitarios y Sociales-CEES
Asociación Médica de Rosario
España 401
Rosario
Argentina

IDRC CRDI
278925

3-P-81-0168
Child to Child Training Education
René Hauzeur
Fundación para la Educación Permanente
en Colombia/Centro para el Desarrollo de
la Educación no Formal (FEPEC/CEDEN)
Apartado Aereo 53372
Bogotá D.E.
Colombia