



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE
EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

KRYSEL CASTAÑEDA NAVAL

DIRECTORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER.

ASESOR: C.D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME

MÉXICO. D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. OBJETIVO	26
I. PRINCIPIOS DE LA ADMINISTRACIÓN UTILIZADOS EN EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD APLICANDO EL MODELO PRECEDE-PROCEED	
I.1. Modelo PRECEDE-PROCEED.....	27
I.2. PRECEDE.....	31
I.2.1. Planeación.....	31
I.2.2. Organización.....	31
I.2.3. Evaluación Diagnóstica.....	31
I.2.4. Diagnóstico Social.....	33
I.2.5. Diagnóstico Epidemiológico.....	36
I.2.6. Diagnóstico Conductual y Ambiental.....	37
I.2.7. Diagnóstico Educativo y Organizacional.....	40
I.2.8. Diagnóstico Administrativo.....	43
I.3. PROCEED.....	44
I.3.1. Dirección.....	44
I.3.2. Control.....	45
I.3.3. Evaluación del Proceso.....	45
I.3.4. Evaluación sumativa o sumaria.....	48
I.3.5. Evaluación de impacto.....	49
II. LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
II.1. Naturaleza del proyecto.....	52

II.2. Justificación.....	53
II.3. Objetivos Generales.....	54
II.3.1. Objetivos Específicos.....	55
II.4. Metas.....	55
II.5. Estrategias.....	57
II.6. Límites.....	57
II.7. Actividades.....	57
II. 8. Calendarización o cronograma.....	58
II.9. Destinatarios o beneficiarios.....	61
II.10. Recursos humanos.....	62
II.11. Recursos materiales y financieros.....	63
2. CONCLUSIONES.....	64
3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

INTRODUCCIÓN

El proceso administrativo es el conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral. Existen dos fases: una estructural, en la que a partir de uno o más fines se determina la mejor forma de obtenerlos, y otra operativa, en la que se ejecutan todas las actividades necesarias para lograr lo establecido durante el periodo de estructuración.

A estas dos fases, Lyndall F. Urwick les llama mecánica y dinámica de la administración. Para este autor la mecánica administrativa es la parte teórica de la administración en la que se establece lo que debe hacerse, es decir, se dirige siempre hacia el futuro. Mientras que la dinámica se refiere a cómo manejar de hecho el organismo social.

La administración, de carácter eminentemente social, se rige por una serie de valores que le proporcionan no sólo una validez moral ante el mundo, sino también información ética que debe orientar la conducta del administrador en la sociedad. La observancia de estos valores influye directamente en el incremento de la eficacia en cualquier grupo social.¹

En México, el Programa de Salud 2001-2006 pretende crear un sistema universal de salud, a través de la democratización de la misma y reconoce que, a pesar de los esfuerzos continuados de los trabajadores de la salud, aún quedan numerosos grupos de población que no disfrutan de los beneficios de los servicios a los que tienen derecho; esta situación se presenta principalmente en el medio rural y en la periferia de las grandes ciudades, donde habitan las poblaciones más pobres y desprotegidas. La democratización de la salud se considera como un requisito básico para que todos en la comunidad alcancen la salud. Así, implica crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o de su facilidad de acceso al lugar donde habita.

Democratizar la salud significa estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de

salud, hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y en la toma de decisiones.

Implica desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano, que amplíe sus posibilidades de elección, que ponga a su disposición instancias sensibles y eficientes para presentar sus quejas y sugerencias, y que ofrezca a los prestadores de servicios, remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo personal.

El Programa Nacional 2001-2006 se plantea los siguientes objetivos:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- Abatir las desigualdades en salud
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de la salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instrucciones.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del Sistema de Salud:

- 1.- Vincular a la salud con el desarrollo económico y social.
- 2.- Reducir los gastos en salud que afectan a los pobres.
- 3.- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
- 4.- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.
- 5.- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
- 6.- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
- 7.- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.
- 8.- Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud
- 9.- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
- 10.- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.²

El propósito fundamental del proceso para la planeación, es tomar medidas para el uso inteligente de los recursos, en la creación del programa más efectivo posible. Dos propósitos secundarios importantes requieren de explicación: El primero de ellos es la generación del apoyo para el programa. La mecánica específica para la forma en que se hacen los planes, con los clientes o estudiantes en potencia, el personal que impartirá la enseñanza y los administradores que toman las decisiones respecto a las participaciones en el presupuesto y el personal.

Las personas deben ser seleccionadas para el grupo de planeación no sólo por lo que puedan contribuir, sino también, por el efecto que su participación tendrá en su actitud hacia el programa de que se trate.

Otro propósito íntimamente relacionado con el proceso de planeación es tomar medidas en cuanto a las contribuciones y control del programa de aquellos que tienen un derecho legítimo para hacer valer su voz en las decisiones de planeación. Sin embargo, el personal que lo llevará a cabo y los clientes quienes reciben la educación, por lo general merecen ser escuchados, sin considerar si su experiencia o apoyo son necesarios los propósitos de la planeación son para:

- 1.-Contar con medidas para una toma de decisiones efectivas en la creación de los programas.
- 2.-Generar apoyo para el programa.
- 3.-Tomar medidas para tener una representación legítima en la toma de decisiones para el programa.

La creación de las habilidades y competencias, que son necesarias para asumir papeles de liderazgo en el proceso de planeación, requiere de un tratamiento amplio del asunto como se proporciona comúnmente mediante cursos especializados dentro de la mayor parte de los programas profesiones. Un aspecto interesante es la existencia de dos métodos generales que difieren, no tanto en sus métodos o procedimientos, sino en la tradición profesional de la que provienen. Los alumnos que estudian en programas orientados hacia la salud escolar pueden ser capacitados en los formatos de planeación presentados por autoridades como Oberteuffer, Pollock, Rash, Curis y Papenfuss, en tanto que los programas orientados hacia la

comunidad con frecuencia se enfocan en personas tales como Sullivan, Ross, Mico y Green.

Durante un periodo de varios años dos métodos generales para la planeación fueron creados en forma independiente, con subculturas profesionales separadas; y al llegar a la misma conclusión separadamente, se han validado uno al otro. Un estudio más reciente, **durante los últimos cinco o seis años ha constituido el principio de esfuerzos serios para la creación de formatos de planeación tan amplios y flexibles que abarquen las actividades de la educación para la salud en una gran variedad de medios.** Tal vez el esfuerzo más ambicioso y aceptado ampliamente es el presentado por Green y asociados, con el título de PRECEDE.

En cualquier situación de la planeación, generalmente existen algunos “supuestos” en la forma de condiciones preestablecidas, que no son cambiadas fácilmente y tienden a restringir el programa, así como a identificar sus parámetros. En forma colectiva, estas condiciones, que reflejan tanto las necesidades de la institución y como a quienes aprenden, definen la labor de la planeación. Aun cuando pueden estar organizados de maneras diferentes, los autores han encontrado conveniente usar estos seis parámetros: 1) orden para el programa, 2) población objetivo, 3) necesidades educacionales que se anticipan, 4) medio ambiente, 5) recursos y 6) constitución del grupo de planeación.



Fuente: aceeq.tripod.com/.../salud.jpg

1.-Orden para el programa. Con frecuencia la organización patrocinadora que proporciona el sueldo del educador para la salud, los fondos y otros recursos para el programa, establece ciertas esperanzas y restricciones que los que hacen los planes deben tomar en consideración. Estas precondiciones por lo general, afectan el contenido del programa y a las personas a quienes éste servirá o va dirigido.

2.-Población objetivo. Esta población puede ser muy vasta como en los programas federales dirigidos hacia la salud de un grupo de población. El educador para la salud responsable de la población puede hacer algunos cálculos preliminares acerca de la edad, sexo, antecedentes culturales, condición económica, nivel educacional y lugar de residencia.

3.-Necesidades educacionales que se anticipan. Se refiere a cosas precisas que la población a quien se dirige necesitará aprender o experimentar, se determinarán más tarde mediante evaluaciones de las necesidades, con base en una revisión de la

literatura al respecto y una comprensión práctica del problema de salud y de la población objetivo.

4.-*Medio ambiente.* La mayor parte de los programas son específicos en cuanto al ambiente y muchos, se dirigen a grupos objetivos especiales dentro de un medio en particular. En algunos casos toda la comunidad constituye el ambiente.

5.-*Recursos para la planeación.* En algunos casos, los recursos están disponibles para procedimientos de planeación, elaborados como la evaluación detallada de las necesidades, la creación de currícula, de materiales y de recursos. En la mayor parte de los casos, la planeación es algo que debe lograrse en forma rápida, con gastos mínimos tanto de tiempo como de dinero y teniendo pocos expertos involucrados para asesoramiento.

6.-*Grupos de planeación.* Dicho grupo es ostensiblemente responsable de la planeación dentro de los parámetros de la labor según lo ordenado, invariablemente influye en estos parámetros en mayor o menor grado, mediante su interpretación de la labor y la conducción en sí del esfuerzo de la planeación.

En el caso de los programas de educación para la salud escolar, la labor de la planeación debe contemplarse en su forma más compleja en términos del alcance de los temas de interés, los márgenes de edad del grupo objetivo y el número de sesiones educacionales que se han de proporcionar. Estos factores necesitan de gran cantidad de personal de planeación con el fin de transmitir la experiencia y para elaborar muchos documentos de planeación, en la forma de guías de unidades de recursos.

El modelo de la escuela pública ilustra la necesidad de organizar un gran grupo de planeación en una estructura eficiente y con ocupaciones claramente definidas para los distintos participantes.

Un proceso de planeación se compone de dos pasos básicos: 1) determinación de las necesidades educacionales y 2) desarrollo de los componentes del programa.

Determinación de las necesidades educativas

Una vez que haya sido formado el grupo de planeación y recibido e interpretado la naturaleza y alcance de su labor, el siguiente paso es determinar las necesidades educativas específicas del grupo objetivo dentro del alcance de la orden. A esto se le conoce como evaluación de las necesidades, sin embargo, estas sólo pueden ser discernidas cuando las necesidades específicas de la salud y los comportamientos de la salud relacionados, de una población objetivo, han sido identificadas, cuantificadas y otorgado prioridades en términos de importancia y de cambio (Green, Kreuter, Deeds, Patridge, 1980³).

El proceso de la evaluación de las necesidades en cada nivel es aproximadamente el mismo, aun cuando diferentes fuentes y métodos pueden ser empleados. Es natural que la amplitud y la complejidad de estas evaluaciones de necesidades varíen con la naturaleza intrínseca del tópico y el tiempo y recursos disponibles.

Si bien, los programas basados en la investigación existente y las presunciones para educar algunas veces funcionan, su efectividad muchas veces puede mejorarse cuando se obtiene información reciente de la población objetivo. Así, cuando los recursos y las circunstancias lo permitan, el proceso de evaluación de necesidades, se convierte en un estudio de investigación sobre las causas del comportamiento, de la población objetivo.

Se hace mas amplio y complejo cuando la organización patrocinadora también tiene la responsabilidad de proveer o hacer las recomendaciones respecto a los servicios de salud y sociales necesarios. Las organizaciones implicadas también pueden tener la responsabilidad de iniciar y hacer valer leyes y reglamentos; o ambas cosas; en consecuencia la evaluación de necesidades deben ser muy amplias, lo suficiente como para que permitan revelar la necesidad para efectuar los cambios en los servicios y reglamentos que pueden ser más efectivos directamente en cuanto a costos, que aminorar los problemas de salud.³

Presumiendo de la disponibilidad de los datos confiables y actuales sobre los problemas sociales, problemas de la salud y comportamiento de la salud de la población objetivo, **el interés del educador de la salud cambia la evaluación de las**

necesidades educacionales, es decir, lo que la población objetivo debe saber, creer, sentir, hacer o considerar con el fin de 1) poder tomar decisiones racionales sobre su comportamiento referente a la salud y 2) implementar la acción apropiada. La interacción entre los que aprenden y su ambiente, sea físico, social e institucional, es importante para esta labor. También se **deben considerar las necesidades educacionales de quienes proporcionan la salud y otro personal y personas de apoyo social, así como las necesidades de la población objetivo.**

Las evaluaciones de las necesidades se complican por la existencia de un número casi ilimitado de necesidades de cualquier población objetivo designada, algunas de las cuales sólo son consideradas críticas para los comportamientos objetivo y los resultados de la salud de interés para el programa. Las *necesidades educacionales* objetivas son aquellas como la *información y habilidades básicas*, sin las cuales el que aprende no puede tomar decisiones racionales. Las *necesidades subjetivas* como lo son las creencias, actitudes, valores, provienen no tanto del problema de la salud y de la situación, sino de la misma población objetivo. Muchas de las necesidades educacionales objetivas pueden determinarse por un examen crítico del problema, incluyendo una revisión de la literatura, pláticas con expertos, así como observación y experiencia con el problema y la población, sin embargo, pueden evaluarse únicamente obteniendo los datos originales de cuando menos, una muestra de la población objetivo.



Fuentes

Las fuentes de datos para una evaluación de las necesidades educacionales, van más allá de una revisión de la investigación relevante, del examen de los registros de interés para incluir los datos originales obtenidos de una, de alguna o de todas las siguientes fuentes: 1) registros existentes, 2) la población objetivo, 3) los profesionales y personal de campo, 4) las personas de ayuda social.

Registros existentes: arrojan una gran cantidad de luz sobre las necesidades de la población objetivo, los registros de los pacientes proporcionan una gran cantidad de información pertinente a la evaluación de las necesidades; se pueden determinar las tasas de control de los problemas de manejo a largo plazo. Se debe considerar los derechos potenciales respecto a la confidencialidad de sus registros oficiales, deben estar informados y ser participantes dispuestos aún en la fase de evaluación de las necesidades del programa. De estos registros e informes puede ser posible especificar más estrechamente la población objetivo, los determinantes de comportamiento y ambientales y el contenido relevante de lo esencial del programa.

Población objetivo: la fuente de información más valiosa, los estudiantes en potencia pueden ser la mejor fuente de información, no sólo con respecto a su comportamiento de la salud sino también en relación con los determinantes de ese comportamiento. Una evaluación útil de las necesidades para un programa tendría que incluir las entrevistas con una muestra representativa de la población objetivo.

Personal: los profesores y otro personal que trabajan con la población objetivo en base regular son fuentes excelentes de información con propósitos de evaluación de necesidades. Lo mismo que proporcionar información sobre las necesidades de la población objetivo, muy probablemente tiene necesidades educacionales propias que refieren a los resultados de los que aprenden. Está bien establecido que las acciones y actitudes de los que proporcionan los cuidados de la salud influyen en los resultados en los pacientes. Por lo tanto, las necesidades educacionales de los supervisores, profesionales de la salud y otros también deben evaluarse.

Personal de ayuda social: el ambiente social es una fuente apropiada para los esfuerzos de evaluación de las necesidades. Los miembros de la familia, amigos, líderes de la comunidad y otros, son fuentes importantes de información sobre las necesidades educacionales de la población objetivo.⁴

Técnicas de evaluación

Se dispone de una amplia variedad de métodos específicos para estudiar y evaluar las necesidades educacionales de la población objetivo.

- Las reuniones en grupos; Son una forma de determinar las necesidades de una población objetivo es obteniendo una muestra representativa dentro de un ambiente no amenazador y hacer que los participantes tomen parte en una plática más o menos estructurada. Los grupos pequeños son menos amenazadores que los grandes, así que varias reuniones pequeñas pueden ser mejores que una grande. Los grupos grandes pueden dividirse en grupos más pequeños para obtener detalles y aseguran la participación equitativa. Las preguntas abiertas invitan respuestas generales, a nivel de sentimientos, que el facilitador de la reunión puede volver a lanzar al grupo para que elaboren, den ejemplos, detalles, confirmaciones y etcétera.

- El proceso nominal de grupo; Es una plática estructurada que se emplea principalmente, para determinar las necesidades de salud y puede adaptarse para ser usada en la evaluación de las necesidades educacionales (Van de Ven y Delbecq, 1972). Su estructura asegura la participación de cada miembro del grupo. Como una herramienta de evaluación de necesidades y planeación, el proceso nominal de grupo toma más de dos horas para complementarlo. Es una técnica útil sólo para participantes altamente motivados, como lo son los que proporcionan cuidados a la salud o maestros.

Otros métodos de proceso de grupo menos estructurados pueden emplearse cuando la participación democrática no es de gran interés. En sesiones de ideas súbitas los participantes en grupos pequeños reciben una orden de hacer una lista de todas las ideas en las que puedan pensar, que se relacionan, a un cuando sea en forma remota, con el asunto de que se trate en un periodo muy corto de tiempo.

- La cadena; Es otro proceso informal de grupo, en el cual la opinión de cada participante del mismo sobre el tema a explicar, se solicita uno por vez. Los miembros del grupo pueden responder con comentarios si así lo desean.

Es importante tener en mente la tendencia de grupos que influyen en la opinión del participante de manera sutil y no tal sutil. No obstante reunirse y comentar con los miembros disponibles de la población objetivo en estos medios confortables o en el trabajo puede ser una parte muy útil en la evaluación de las necesidades.

- La observación; Puede aprenderse mucho sobre las necesidades educacionales de una población mediante la observación. Se han creado procedimientos estructurados de observación para reducir el prejuicio subjetivo del observador. En la mayor parte de los casos esto se compone de una lista de verificación que elimina la necesidad de que el observador haga algo más que marcar en la casilla apropiada y son útiles para identificar las necesidades subjetivas de capacitación.

En los análisis de puestos o análisis de labores una lista establecida de funciones en el puesto o labores se compara con una medida observada del desempeño, es empleado para mejorar la eficiencia de los empleados, pero también puede ser usada para evaluar las necesidades de la educación.

- Las entrevistas; Estructuradas usando preguntas preseleccionadas son de gran importancia, sobre todo en las fases tempranas de la evaluación de necesidades. También la inclusión de algunas preguntas abiertas permite al entrevistado expresar impresiones y sentimientos subjetivos de mayor alcance. La construcción precisa de cada pregunta es una herramienta informal invaluable, como un procedimiento formal de evaluación debe ser creada rigurosamente y administrada así para asegurar respuestas creíbles. Podría seleccionarse una muestra o prepararse un cuestionario, dependiendo de la naturaleza del asunto y con lo accesible a la población objetivo y otros puntos.

- Los cuestionarios; Son adaptables a tantos problemas y situaciones que son relativamente poco costosos para preparar, administrar y evaluar. Son especialmente útiles para determinar las necesidades, las creencias y actitudes así como la constitución demográfica y aún el conocimiento de un gran grupo de personas, tienen

alta validez y confiabilidad además, están sujetos a las mismas restricciones éticas de consentimiento y confidencialidad informadas.

La determinación de las necesidades educacionales implica, típicamente, alguna combinación de:

- La revisión de la investigación existente en el problema de salud objetivo y los comportamientos asociados, haciendo hincapié en los conocimientos, actitudes y habilidades de poblaciones similares a la población objetivo, 2) las influencias ambientales y 3) el papel y la responsabilidad de los profesionales pertinentes y las personas de apoyo social.
- La revisión de las fuentes existentes de datos relacionados con la naturaleza, frecuencia y circunstancias que rodean los problemas de la salud, comportamientos de la salud y educación de la población objetivo.
- La obtención de varios métodos y de datos originales sobre los conocimientos, creencias y actitudes de la población objetivo, profesionales de la salud y otros pertinentes respecto de los problemas de salud y comportamientos de la salud que sean de interés.

Creación de los componentes de un programa

El proceso mediante el que se planea el programa comprende: 1) tomar las decisiones apropiadas respecto a la naturaleza y sustancia de los diversos componentes del programa y 2) describir estos componentes en un plan escrito, que comunique las intenciones de los planificadores a los que enseñarán o implementarán el programa.

Las buenas decisiones respecto al contenido y a lo insistente del programa, se facilitan mediante los procedimientos de evaluación de las necesidades antes mencionadas, y pueden identificar las determinantes del comportamiento de la salud objetivo.

La estructura resultante del programa debe proporcionar una oportunidad para la evaluación de lo apropiado de los *objetivos* y *contenido* de los programas, así como la *calidad de su ejecución* en la conducción de las clases o sesiones.

En casi todos los casos habrá 1) un grupo de metas u objetivos indicando lo que los planificadores esperan lograr, 2) una descripción de las actividades de aprendizaje o de otras estrategias para lograr las metas y 3) un plan para evaluar los resultados del programa en términos de sus metas.

Declaración de los fines

La mayor parte de los programas escritos empiezan con un panorama en que se describen los fines o propósitos generales y con frecuencia ofrece al menos un enfoque filosófico del grupo de planeación; una cosa en común con muchos resúmenes o establecimiento de criterios es que son difíciles de formular y por tanto no es raro, por ejemplo, que los grupos de planeación declaren que su plan está basado en un concepto positivo de la salud y procedan a enfocar todas las actividades de aprendizaje a la prevención de enfermedades.⁵

Metas y Objetivos

Todos los programas de educación para la salud buscan 1) mejorar los conocimientos y actitudes de forma que, 2) mejorar el comportamiento con respecto a su salud y consecuentemente 3) mejorar también, las condiciones de salud. Sin embargo, los grupos de planeación varían en su elección respecto a que tanto de esta secuencia de eventos, desean incluir en el formato de planeación. Muchos programas de tipo salud pública que con frecuencia están constituidos para resultados medibles a corto plazo, incluyen objetivos para los tres niveles, en cuyo caso aquellos para las condiciones de la salud son llamados objetivos del programa, los de comportamiento de la salud como objetivos educacionales y aquellos para los cambios de actitudes y conocimientos como objetivos de comportamientos.



Fuente: www.program.salud.org.

Muchos grupos de planeación toman la actitud de que su responsabilidad termina con el conocimiento de desarrollo y cambio de actitudes, por tanto evitan designar el cambio del comportamiento como metas explícitas. En estos casos los objetivos o metas educacionales toman la forma de objetivos de comportamiento “el que aprende demostrará un conocimiento amplio de los factores de comportamiento relacionados con enfermedades.

Los objetivos del comportamiento no representan los “fines” utilitarios de los programas tanto como los medios para lograr estos fines. Así, están íntimamente relacionados con las actividades de aprendizaje de la fase de ejecución del programa.

Estrategias

La selección de una estrategia básica para el logro de todos los objetivos del programa o de una parte de ellos, representa la primera decisión operacional para la

ejecución del mismo. El término estrategia se refiere a un procedimiento general metodológico que puede comprender varias actividades de aprendizaje, usos específicos o medios masivos u otros medios, para la difusión de información o llevar a cabo la instrucción.

Se seleccionan con base en la interacción de la orientación teórica de los planeadores del programa y la naturaleza y alcance de los recursos disponibles.

Generalmente es preferible tomar un acercamiento flexible a las estrategias de los programas. Una población puede responder mejor a un tipo de información de programa en tanto que otra podría ser persuadida.

El uso de la estrategia sólo, puede contribuir tanto para la eficacia como para el éxito de un programa de educación para la salud; sin embargo, la calidad de la ejecución con frecuencia es más importante que la estrategia en particular que se use.

Actividades de aprendizaje

Las habilidades en la creación y aplicación de las actividades de aprendizaje es de particular importancia para el educador de la salud a nivel de iniciación, quien frecuentemente tiene la ayuda de sus colegas más experimentados en el proceso de planeación.

Hay dos grupos básico de decisiones involucrados en la planeación de las sesiones de instrucción: primero, debe seleccionarse el contenido específico; por lo general toma la forma de hechos y conceptos a ser transmitidos pero que pueden incluir también habilidades o experiencia efectiva como aquella que proporciona en la capacitación agresiva; en segundo lugar, las actividades de aprendizaje deben plantearse en un esfuerzo para dirigirse a los objetivos de comportamiento y producir el mejor interés de los que aprenden con el asunto.

Naturaleza del contenido; Si el objetivo del comportamiento necesita del aprendizaje de hechos simples, entonces podría ser apropiada la lectura o el uso de material escrito en forma de folletos o volantes. Si la labor es más compleja que la formación del concepto, entonces un aparato de explicación, como proponer problemas

hipotéticos para ser resueltos, pueden requerirse. Si las habilidades psicomotoras deben desarrollarse, entonces es obvia la necesidad de la práctica directa.

Características de los que aprenden; Si los participantes son bastante cultos y tienen antecedentes de experiencias concretas con el asunto a tratar, las conferencias y la explicación, con frecuencia son efectivas al transmitir nuevas intuiciones o ideas sobre el problema. Sin embargo, cuando el tópico está relativamente remoto de la experiencia personal de quien aprende, se necesita de un interés más activo.

Habilidad del instructor; Sea por temperamento o capacitación, ciertos instructores manejan algunas técnicas mejor que otros.

Orientación teóricas; Estos métodos se seleccionan para lograr objetivos de comportamiento específicos para una situación de aprendizaje en particular. Las actividades para el uso en las sesiones de instrucción se seleccionan durante la preparación del programa, por virtud de su liga con la teoría de aprendizaje y su potencial para la aplicación práctica en todas las sesiones de instrucción que componen la estrategia.

Materiales disponibles; Muchas de las actividades de aprendizaje requieren ciertos materiales o condiciones que no siempre están disponibles.

Así, la elaboración de los programas se inicia con el proceso de evaluación de necesidades que puede ser elaborada y extensa. Esta información se emplea en la preparación y organización de componentes del programa como metas y objetivo. Con base en la orientación teórica hacia la educación y cambio de comportamiento, se crean las estrategias. Las cuales incluyen el modo general de contacto con el que aprende y abarca una gama de actividades de aprendizaje apropiadas para ser usadas en clases individuales, sesiones de asesoría y otros encuentros.

Ejecución del programa

Las grandes variedades en el tamaño, alcance y objetivos específicos de los programas de la educación para la salud producen variaciones paralelas en los pasos necesarios para sacarlos a la acción. Incluyen 1) la selección y capacitación del personal; 2) la adquisición de materiales, equipo y de las instalaciones y 3) el reclutamiento de los que aprenden para que ingresen al programa.

Selección y capacitación del personal

Los miembros del personal de la educación para la salud que en realidad conducirán las sesiones de instrucción educacional, se verán envueltos en el proceso de planeación desde el principio.

Una función de capacitación en el servicio puede tener tres objetivos útiles:

- 1.- Interpretar el plan de los instructores con más eficacia que con la mera confiabilidad en los materiales escritos.
- 2.- Crear o reforzar las competencias necesarias en la forma del asunto a tratar, como son información o conceptos o habilidades para la enseñanza, como el liderazgo en las pláticas o técnicas similares.
- 3.- Generar entusiasmo y compromiso con el programa.

Adquisición de material, equipo e instalaciones

Los programas de educación para la salud típicamente implican el uso de películas, panfletos, libros de texto y otros materiales que deberán comprarse, rentarse o, en el caso de material gratuito, solicitarse a las agencias que lo ofrecen. La localización, revisión, selección y adquisición de materiales es una labor muy tardada, que debe de iniciarse tan pronto como sea posible.

Con suficiente tiempo previsto, pueden manejarse los retrasos, fuentes alternas pueden localizarse o hacerse situaciones con pocos trastornos. De otra manera la efectividad del programa puede verse en peligro. La necesidad de espacio amplio y sillas o escritorios suficientes para las aulas o de otros sitios de la reunión es obvia, y

sin embargo se necesita previsión para empezar los arreglos lo suficiente por adelantado para manejar conflictos y problemas que no se habían anticipado.⁶

Reclutamiento de participantes

En la mayor parte de los medios de la comunidad y en muchos medios clínicos e industriales, la participación es totalmente voluntaria, sin embargo, el impacto total se ve afectado por la cantidad, es decir, por el número de personas a las que les sirve.

En los medios de comunidad, la labor de reclutamiento con frecuencia requiere del uso de técnicas convencionales de publicidad como boletines de prensa para los periódicos, radio y anuncios de servicio público por la televisión. Esta estrategia está íntimamente relacionada con la práctica ya aprobada de identificar y solicitar la ayuda de los líderes de la comunidad, nativos del lugar, quienes, aun cuando no ostentan ningún título formal, pueden tener grandes influencias. Son particularmente eficaces dentro de las poblaciones objetivo con bajos niveles educacionales, que tienden a confiar en grado sumo en la comunicación de boca en boca.

Los participantes basan sus opiniones en su percepción de 1) qué tan relevante o valioso parecía el programa en términos de necesidades y 2) qué tan interesante era en términos del asunto a tratar y las actividades de aprendizaje. Es un buen método de ventas y **se considera una buena enseñanza evaluar las percepciones de quienes aprenden temprano, en el programa y después hacer ajustes de ser necesario.**

Cualquier programa es solamente tan bueno como su personal; por tanto, la selección de personal y la capacitación representan una de las labores esenciales de la ejecución. La adquisición de material e instalaciones que son absolutamente necesarias para diversas intervenciones, deben iniciarse con mucha anticipación a las primeras sesiones educacionales. Las habilidades para la ejecución que se requieren del educador para la salud, son principalmente las de anticipar los requerimientos prácticos de las sesiones educacionales, preparándose concienzudamente y con mucha anterioridad a su presentación, y hacer la labor de ventas del programa ante la audiencia apropiada.

Administración de los programas

En un mundo de recursos limitados, la educación para la salud debe mantener un alto nivel de apoyo público e institucional para poder existir. Al mismo tiempo, se requiere tremendamente de una mayor coordinación de las diversas actividades de dicha educación, tanto entre y como dentro de los programas. La coordinación entre las actividades de la educación para la salud y otras actividades del programa, es también esencial, debido a que el programa típico es sólo una de las diversas actividades que administrativamente se encuentran en la misma institución. Por lo tanto, más allá de las funciones administrativas respecto al personal, presupuestos, programas y demás, la mayoría de los educadores para la salud funcionan en mayor o menor grado en dos capacidades administrativas básicas: 1) promover el programa preparando informes, presupuesto y distribuyendo fondos así como, participando en la creación de los planes y políticas dentro de la organización contratante y 2) coordinar las actividades del programa proporcionando apoyo para el personal, promover la cooperación y realimentación entre el personal, facilitando las actividades del mismo y ayudando en la conducción de las actividades del programa.

Promoción del programa

Una de las funciones administrativas más importantes de los educadores para la salud que desempeñan continuamente, es la promoción de sus programas. La habilidad de la administración y del personal para comunicar las necesidades, logros, potencial y esperanzas de su programa es crítico para el éxito de éste.

Un método que utilizan los educadores para la salud a fin de promover sus programas, es la preparación de informes escritos y presentaciones verbales. Esta función resulta crucial con frecuencia en la aceptación de los programas.

Coordinación de actividades del programa

La educación para la salud con frecuencia se integra a otras funciones y servicios. La mayor parte de los programas de dicha educación consisten en una diversidad de subprogramas dirigidos a distintos grupos objetivo, problemas de la salud y comportamientos. Todos los esfuerzos deben de alguna manera ser coordinados para que haya una duplicación o superposición mínima y una máxima eficiencia en el uso del personal y los recursos materiales.



Fuente: www.unicef.org.

Desarrollo social y organización

Una de las labores más espinosas del educador para la salud es la de mejorar el ambiente de la institución y de la organización en que trabajan. Las políticas y procedimientos, que se intentaron en un principio para facilitar los programas de actividades, en algunas ocasiones se convierten en barreras para su conducta eficaz.

Facilitación y supervisión

Dentro del programa de educación para la salud existen muchas responsabilidades de coordinación de gran importancia. Entre ellas están las actividades de programación, asignar labores al personal, proporcionándole tanto apoyo material como emocional, así como facilitar la cooperación y entendimiento entre los diversos individuos y grupos involucrados. Jamás hay suficiente dinero, instalaciones o material y su distribución debe estar basada en los beneficios relativos del programa.

Con el fin de lograr éxito el personal debe trabajar unido. Los educadores para la salud deben trabajar con los miembros del personal a fin de promover la cooperación y la retroalimentación, proporcionar un lazo de unión entre el personal y los demás, y promover una extensa comprensión de las metas del programa y de la necesidad para que todos los implicados trabajen a favor de esas metas.⁷

2. OBJETIVOS

El alumno:

- Utilizará los principios de la administración en la elaboración de programas de educación para la salud.
- Elaborará un programa de educación para la salud bucal destinado a la población seleccionada, utilizando como guía el modelo de planeación PRECEDE-PROCEED, siguiendo los lineamientos establecidos.
- Integrará los conceptos fundamentales relacionados con la evaluación de programas desde su planeación.

I. PRINCIPIOS DE LA ADMINISTRACIÓN UTILIZADOS EN EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD APLICANDO EL MODELO PRECEDE-PROCEED

I.1. Modelo PRECEDE-PROCEED.

El presente trabajo tiene como finalidad identificar cambios en la conceptualización del proceso de enseñanza aprendizaje de profesionales de la salud a partir de aprender el rol de educador/ promotor de la salud utilizando el Modelo PRECEDE/PROCEED por sus siglas en inglés un método para planificar y evaluar programas educativos en la salud publicado por L.Green y cols. en 1980, 1991 y 1999.

La experiencia obtenida en la formación del rol de promotor/educador de la salud bajo la perspectiva mencionada ha permitido conocer que la utilización del Modelo PRECEDE/PROCEED (PRECEDE: Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation), (PROCEED: Policy, Regulatory, and Organizacional Constructs in Educational and Enviromental Development), marco-teórico-metodológico para la planificación, ejecución y evaluación de programas educativos de salud, produce un espacio en el cual los profesionales de la salud construyen el aprendizaje de su papel de promotor/educador con base en sus propias necesidades, experiencias e intereses y las de los demás participantes. Se busca que el aprendizaje sea significativo y por su sentido, que resulte perdurable. Sentido que se obtiene al utilizar dicho Modelo ya que permite superar el trivialismo o facilismo en el que ha sido envuelta la promoción/educación para la salud, al considerarse que puede ser ejercida por cualquier profesional, sin ninguna formación previa. De esta manera el facilismo queda superado, ya que la visión amplia y compleja requerida para el uso del mencionado Modelo, demanda trabajar desde una perspectiva multi-interseccional y multi-inter-disciplinaria, lo cual requiere de una formación para ejercer el rol del educador y de promotor de la salud.⁸

Se cuestiona el corto plazo expresado cuando se espera que lo educativo se comporte con la premura de lo curativo. Al respecto, el Modelo PRECEDE/PROCEED demanda la *continuidad* de los procesos que se inician, ya que establece que, en la planificación de una intervención educativa en salud debe transitarse desde la identificación del problema de salud, hasta la evaluación a corto, mediano y a largo plazo, pasando por etapas intermedias, formando cada una de ellas un sistema de redes interconectadas, lo cual está lleno de relativismos e incertidumbre que imprime a lo educativo una complejidad tal, que cuestiona el trivialismo y cortoplacismo antes mencionado.

Lo dicho anteriormente obliga a evaluar la perspectiva teórico-metodológica que constituye el Modelo PRECEDE/PROCEED para la formación de recursos humanos en educación y promoción de la salud.

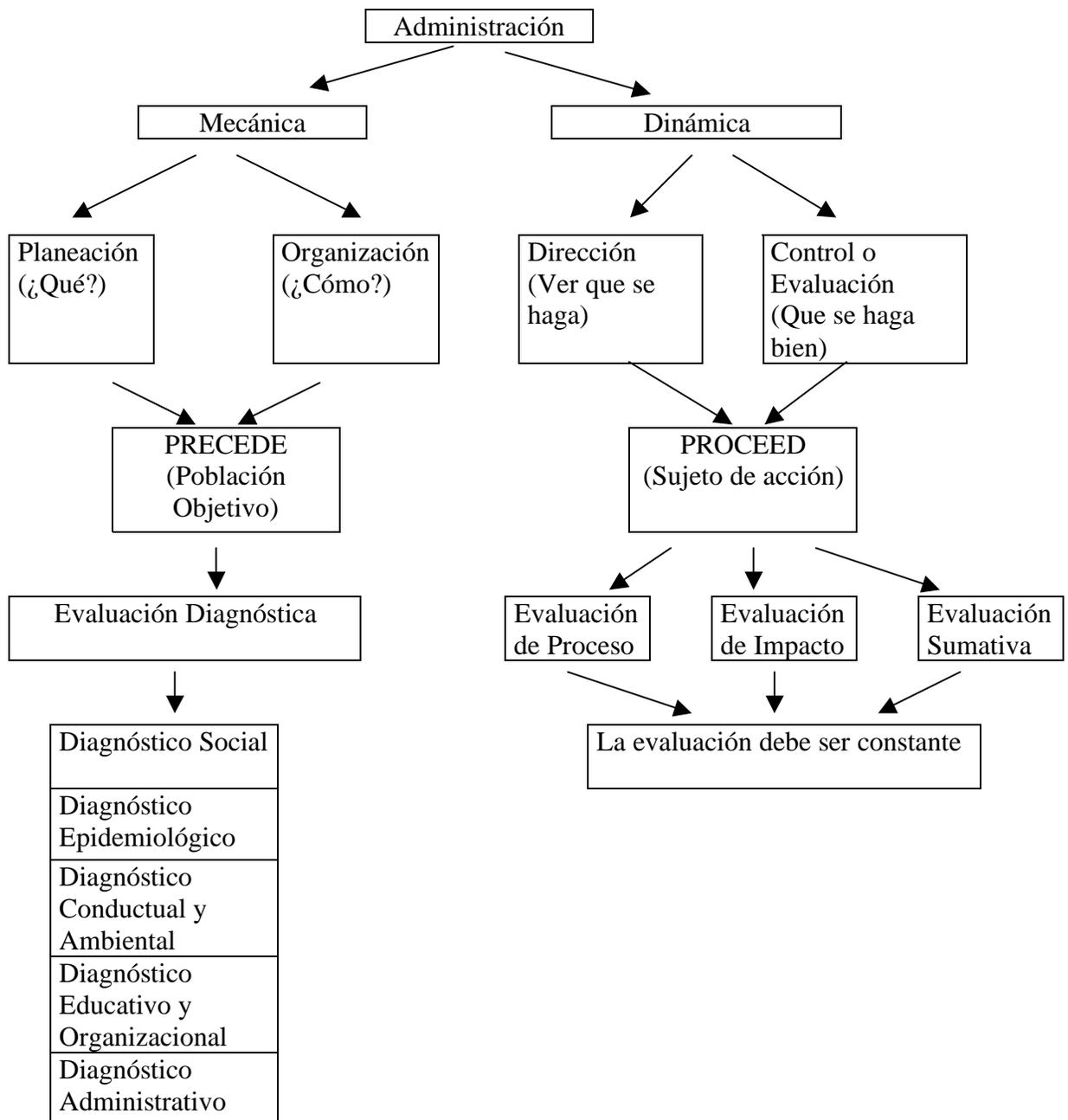
El modelo PRECEDE fue construido bajo una visión multidisciplinaria e intersectorial, por Green, Kreuter, Deeds y Partridge, quienes lo publicaron en 1980 en la obra titulada: *Health Education Planning. A diagnostic Approach*. En 1991, Green y Kreuter publicaron la primera edición de *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*, en el cual, en una reorientación teórica incorporaron lo *ambiental* y *ecológico* al Modelo PRECEDE y los factores de política, normativos y organizacionales en el desarrollo educacional y ambiental, lo cual denominaron PROCEED. El Modelo PRECEDE/PROCEED está fundamentado entre otras, en las ciencias sociales y del comportamiento, en la epidemiología, administración y educación. Como tal, se reconoce que el proceso salud-enfermedad en sus diversas expresiones, tiene múltiples causas, las cuales deben ser evaluadas con la finalidad de asegurar una adecuada intervención educativa para la promoción de la salud. La naturaleza amplia del Modelo, le permite ser aplicado tanto a nivel individual como colectivo y en una variedad de escenarios: escuelas, hospitales, ambiente laboral, comunidades. Los autores explican la fortaleza teórico-metodológica del Modelo en las posibilidades que ofrece para la planificación, necesidad central de la promoción y de la educación para la salud.⁹

Luego de ser transformado el PRECEDE en PRECEDE/PROCEED, el Modelo pasó de siete fases a nueve, a saber: 1) Evaluación Social. 2) Evaluación epidemiológica. 3) Evaluación ambiental y del comportamiento. 4) Evaluación educacional y ecológica. 5) Evaluación administrativa y de políticas. 6) Implementación 7) Evaluación del proceso. 8) Evaluación del impacto. 9) Evaluación de resultados.

El modelo PRECEDE/PROCEED ha sido utilizado en diferentes situaciones en numerosos países, ampliamente en los Estados Unidos desde su publicación. Más recientemente en Europa, Asia y África.¹⁰



Fuente: www.villa.nueva.salud.org.



Población Objetivo: es la población a la que se dirige o enfoca un servicio.

Sujeto de acción: persona con un interés deliberado y la intención de alcanzar cierto resultado.

I.2. PRECEDE

En la parte mecánica de la administración, encontramos a la planeación y la organización que corresponden al PRECEDE del Modelo y basados en la evaluación diagnóstica se encuentra: el Diagnóstico Social, Epidemiológico, Conductual y Ambiental, Educativo y Administrativo.

I.2.1 Planeación

¿Qué voy a hacer?

El éxito depende de la determinación exacta de los resultados que se pretenden obtener, así como del análisis del entorno, los riesgos y las oportunidades, los recursos y las alternativas óptimas que se requieren para lograr dichos resultados.

I.2.2 Organización

¿Cómo se va a hacer?

Una vez que se ha establecido lo que se quiere hacer, es decir, los objetivos por alcanzar durante la etapa de planeación, será necesario determinar cómo hacerlo, qué medidas utilizar para lograr lo que se desea.

I.2.3 Evaluación Diagnóstica

La necesidad de la evaluación se ha planteado desde varias perspectivas a través del tiempo. Aunque tradicionalmente se veía como la última de las acciones o pasos en un programa o proyecto, ya desde algo más de una década se plantea con más fuerza que debe acompañar o transcurrir durante todo el proceso de diagnóstico, formulación, desarrollo y análisis de resultados e impacto de la estrategia de intervención seleccionada. Es menester señalar que las estrategias de comunicación

social no quedan excluidas de la necesidad de ser evaluadas, pudiera decirse que en estos casos, la evaluación constituye un eje alrededor del cual se agrupan todo tipo de acciones, donde la validación de los productos mediáticos tiene un peso fundamental. El objetivo que guía el trabajo es explorar cuánto se ha avanzado en este campo. El análisis de la información obtenida a partir de revisión bibliográfica y documental así como de entrevistas a expertos, pone en evidencia que el progreso o avances en este campo, aunque se hace patente, no es aún suficiente.

Es decir, la evaluación debe ser vista como un proceso organizado y sistemático de acciones que se deben realizar como parte integral de un programa o proyecto, y esto significa, recolectar información y analizarla; tanto sobre los logros y avances, como sobre los problemas y obstáculos existentes y cuyo resultado será un juicio de valor, una decisión o una acción.

También quisiera añadir que al ser la evaluación un proceso organizado y científico debe responder a un marco teórico o guía conceptual que dé respuesta al ¿cómo vamos a hacerla?

Es necesario resaltar que en buena lid, la evaluación debe trascender en el tiempo al proyecto, o, por lo menos, no considerar el proyecto concluido hasta que no tengamos evidencias de en qué medida sirvió lo que hicimos y eso significa poder identificar cuál fue el impacto, cuáles los resultados y si fue eficiente o eficaz el programa o proyecto.¹¹

Cabe recordar que siendo múltiples los objetos de evaluación en un proyecto o programa de comunicación en salud, los objetos de comunicación deben ser coherentes con los objetivos de salud que se propongan para el programa y que ambos deben ser evaluados. Existen diferentes propuestas de diseños de evaluación y entre los que con más frecuencia se mencionan están:

- Los registros históricos
- Los estudios periódicos
- Las comparaciones normativas
- Los diseños experimentales
- El diseño experimental controlado
- La evaluación participativa
- La sistematización de experiencias

Estos diseños tienen diferentes grados de complejidad, lo que no quiere decir que los más sencillos no sean útiles o que estén pasados de moda, la realidad es que se seleccionan de acuerdo con las necesidades de evaluación que se identifiquen en cada comunidad.

Un primer paso importante por cierto, en el nivel de *evaluación diagnóstica*, es el uso algo más preciso y generalizado de los análisis de la situación de salud en grupos, comunidades y territorios, pero se quedan prácticamente en el nivel de diagnóstico de salud, sin llegar al diagnóstico de la situación de la comunicación y de cuándo se deriva un proyecto de comunicación como parte de un proyecto de salud; generalmente los diseñadores de los mensajes y los que seleccionan o producen los productos mediáticos no participan desde el inicio del proceso.

Otro aspecto no menos importante es que para diseñar, ejecutar y evaluar un programa de comunicación en salud debe disponerse de diferentes tipos de recursos, entre ellos el de personal calificado, considerando el entrenamiento como una acción básica dentro de los programas. En este punto hay avances, se encuentran referencias a numerosos cursos realizados, muchas personas capacitadas y muchas otras motivadas a adquirir conocimientos y habilidades en ese campo del saber, seguramente muchas más que las posibilidades de capacitación disponibles. Ese es un avance importante en el ámbito de la comunicación en salud.¹²

I.2.4 Diagnóstico Social

La evaluación que se realizará durante el *diagnóstico social* ayudará a determinar las percepciones que las personas sostienen sobre sus propias necesidades y sobre cómo afectan su calidad de vida (Green y Kreuter, 1999). En esta fase, los diseñadores de programas, ampliarán su comprensión acerca de la comunidad en la cual ellos trabajan y conducirán múltiples actividades de recolección de datos, por ejemplo: a través de entrevistas a líderes de opinión claves o realizando observaciones, estudios a grupos focales con miembros de la comunidad.¹³ El término “comunidad” ha sido utilizado típicamente para denotar un área geográfica con límites definidos: también se utiliza para describir, en forma general, a un grupo que comparte características, intereses, valores y normas sociales. Además de articular las necesidades y los deseos de la comunidad, el diagnóstico social, deberá considerar la capacidad de la comunidad para resolver problemas, para utilizar sus fortalezas y recursos, así como para identificar su disposición de cambiar (Kretzman y McKnight, 1993).



Fuente: www.cimder.org.co

-Necesidades profesionales: es una necesidad desde el punto de vista de su utilidad docente, de planificación y gestión de servicios, implementada por los profesionales.

-Necesidades sentidas: por su parte, la población general formula y define sus necesidades

El diagnóstico social resultará importante por varias razones. Por la relación recíproca que existe entre salud y calidad de vida, ya que cada una afecta a la otra (Green y Kreuter, 1999).

En la medida en la que los diseñadores de los programas comprendan las preocupaciones de la comunidad, probablemente podrán desarrollar programas relevantes y con ello acrecentarán las oportunidades de que dichos programas puedan ser recibidos y resulten efectivos. Al incluir una evaluación sobre la capacidad de la población para resolver sus problemas seguramente se fortalecerá el desarrollo de los componentes de intervención que podrían en un futuro orientarse hacia otros asuntos. Además de enfocarse al estudio de los problemas de salud de la población, en el

diagnóstico social, se deberán tomar en cuenta, las fortalezas de la comunidad, que permitirán tanto a diseñadores de programas como a miembros de la misma, obtener las colaboraciones que podrían resultar más efectivas y significativas para apoyar los compromisos del programa propio (Bartholomew, Parcel, Kok y Gottlieb, 2001).

Durante la fase del proceso de planeación, resultarán relevantes tanto los principios como las teorías de organización comunitaria: “enfatisa la participación activa y el desarrollo de la comunidad que mejor pueda evaluar y resolver los problemas sociales y de salud” (Glanz y Rimer, 1995, pág. 25.)

A menudo, estos programas estarán predeterminados para comunidades con problemas también de salud y/o conductas de salud. El consejo a los diseñadores de los programas, es que conozcan tanto como sea posible sobre la comunidad, sobre cómo trabajar en colaboración con sus miembros, para construir un programa que vincule los objetivos con las preocupaciones de la comunidad, referentes a la calidad de vida. Se deben desarrollar comités de planeación, elaborar foros comunitarios o conducir estudios y grupos focales, mismos que los comprometa con el proceso de planeación. Asimismo, cuando los diseñadores inicien la aplicación del Modelo PRECEDE- PROCEED no deberán descuidar el hecho de que, el diagnóstico social constituye el punto de partida.¹⁴

I.2.5 Diagnóstico Epidemiológico

Un diagnóstico epidemiológico ayudará a determinar, cuáles son los problemas de salud más importantes y en qué grupos de una comunidad, se presentarán con mayor frecuencia (Green y Kreuter, 1999). Esta evaluación, cuando se encuentre ligada a las preocupaciones que la comunidad tenga sobre su calidad de vida, claramente dejará ver las limitaciones con que los recursos son utilizados, para atacar los problemas de salud, lo que contribuirá significativamente a agravar otros problemas sociales.

Tradicionalmente, el diagnóstico epidemiológico no utilizará teorías específicas aunque las teorías marcadas para el nivel comunitario en dicho cuadro, se podrían aplicar cuando la comunidad se encuentre bien involucrada en el proceso de seleccionar los problemas de salud que van a ser atendidos por el programa.

En un diagnóstico epidemiológico, los diseñadores de programas podrían realizar el análisis de datos utilizando fuentes secundarias (como las estadísticas vitales, los estudios estatales y nacionales de salud o los archivos médicos y administrativos). Estos datos proporcionarán indicadores de morbilidad y mortalidad en la población y ayudarán a especificar subgrupos de alto riesgo. Estos subgrupos podrían caracterizarse por edad, género, ocupación, etnicidad, educación, ingreso, estructura familiar, situación geográfica y así sucesivamente. A veces resultará inapropiado extrapolar información sobre datos nacionales para una pequeña región, en estos casos será necesaria la recolección de datos originales. La recolección de datos y el análisis del diagnóstico epidemiológico proporcionarán indicadores eficaces y válidos para establecer objetivos cuantificables para el programa.¹⁵

Con datos sobre los problemas de salud de la comunidad, los diseñadores estarán listos para establecer las prioridades, así como las metas y objetivos del programa. Las decisiones se deberán orientar hacia los deseos manifestados por los miembros de la comunidad; además, en el diagnóstico epidemiológico, se considerarán los problemas de salud de mayor impacto, aquellos que no han sido atendidos previamente y para los que actualmente existan soluciones reales disponibles. La *meta* es una declaración del beneficio último del programa; por el contrario, los *objetivos* deberán contestar a la pregunta. ¿Quién recibirá cuánto de tal beneficio de salud y cuándo? Resultará esencial contar con objetivos cuantificables para guiar la asignación de recursos y para poder evaluar el éxito del programa. Deberá investigarse la disponibilidad de documentos referentes a las políticas nacionales y regionales que proporcionarán la guía razonable hacia donde dirigir el cambio.¹⁶



Fuente: www.unal.edu.co

I.2.6 Diagnóstico Conductual y Ambiental

El diagnóstico conductual y ambiental, abarcará la evaluación de los factores que contribuirán a que se presenten o se agraven aquellos problemas de salud considerados (Green y Kreuter, 1999). Los factores conductuales son conductas o estilos de vida de los individuos en riesgo que contribuirán a la ocurrencia y severidad de los problemas de salud. Los factores ambientales son aquellos factores sociales y físicos externos al individuo, que a menudo, más allá de su control personal podrían modificarse para apoyar conductas o influir en los resultados de salud. Modificar los factores ambientales frecuentemente requerirá de otras estrategias aparte de la educación.

Se conoce que tanto los factores biológicos como los genéticos, intervienen en los problemas de salud; sin embargo, estos factores no podrán modificarse a través de programas de promoción de la salud. En cambio, sí podrían ser útiles para identificar grupos específicos de alto riesgo.

Las teorías interpersonales del cambio conductual de salud podrían ser útiles en esta fase del modelo PRECEDE-PROCEED debido al énfasis que ponen en la interacción de los individuos y su ambiente. Por ejemplo, la Teoría del Aprendizaje Social (Social-Cognoscitiva) postula que tanto la conducta, la cognición como otros factores personales tendrán relaciones recíprocas con el entorno, del mismo modo, ejercerán una continua influencia unos sobre otros (Bandura, 1986). Adicionalmente, según esta teoría la conducta individual resultará influida por la observación de otros individuos y por recibir refuerzos cuando ocurra el cambio conductual, todo ello, destaca la importancia que posee el entorno social sobre el individuo. Siendo así, en esta etapa los diseñadores de programas deberán considerar de qué manera estos constructos podrían ayudar a que determinados factores conductuales y ambientales, contribuyan a resolver los problemas de salud de interés.¹⁷

En esta fase, cada uno de los factores se ordenará de acuerdo a la importancia que tengan sobre los problemas de salud. Los de mayor importancia serán aquellos de alta prevalencia o los que se encuentren asociados fuertemente a los problemas de salud. Asimismo, resultará consistente con los principios de organización comunitaria, admitir, que la propia comunidad señale el valor que dará a dichos factores, lo cual ayudará a garantizar que los seleccionados resultarán realmente importantes para la población del programa.

Cada factor también requiere clasificarse en términos de mutabilidad o del grado de asociación con los otros factores. Algunas teorías tales como las del cambio organizacional, de organización comunitaria y de difusión de innovaciones, resultarán útiles para estimar dicha mutabilidad o grado de asociación (Erllich, Rothman, y Teresa, 1999; Rogers, 1995). Las teorías del cambio organizacional serán particularmente oportunas cuando algunas políticas y prácticas de las organizaciones formales se hayan identificado como factores ambientales que deberán ser cambiados.¹⁸



Fuente: www.wkkf.org.

Las teorías de organización comunitaria podrán utilizarse para efectuar cambios en las condiciones ambientales que afectan directamente la salud de los individuos o que directamente influyen sobre las conductas de salud (Brown, 1991). Asimismo, la Teoría de Difusión de Innovaciones describe y predice el proceso mediante el cual se adoptan nuevas ideas en una comunidad (Rogers, 1995).

El foco de intervención se escogerá de acuerdo a la combinación entre la importancia que se le dará a estos factores estudiados y la determinación de la mutabilidad o del grado de asociación de los factores. De esta manera, se dirigirán recursos del programa hacia los factores más importantes y modificables para asegurar la eficacia y efectividad del programa. Finalmente, se redactarán objetivos cuantificables para especificar tanto el impacto conductual deseado (¿Quién hará, qué tanto y cuándo?)

cómo los cambios sobre las condiciones ambientales (¿Cuánto de cuáles condiciones, circunstancias o políticas se modificarán y cuándo?).

I.2.7 Diagnóstico Educativo y Organizacional

Después de seleccionar los factores conductuales y ambientales apropiados para la intervención, durante la fase cuatro se identificarán los factores antecedentes y reforzadores que deberán considerarse para empezar y sostener el proceso de cambio. Estos factores serán clasificados como *factores predisponentes*, *reforzadores* y *facilitadores*, debido a que intervendrán colectivamente sobre la probabilidad de que ocurran los cambios conductuales y ambientales. Los *factores predisponentes* son los antecedentes de las conductas que proporcionarán la razón o motivación de las mismas. Ellos incluirán: conocimientos, actitudes y creencias que poseen los individuos; preferencias personales; habilidades existentes y presunciones sobre autoeficacia. Los *factores reforzadores* son la consecuencia de las conductas, los cuales proporcionarán continuos premios o estímulos para la persistencia o repetición de dichas conductas. Los ejemplos incluirán: apoyo social, influencia de los pares y otros refuerzos significativos y sustitutos. Los *factores facilitadores* son también los antecedentes de las conductas que permitirán comprender la motivación para que éstas se realicen. Estos factores facilitadores podrían afectar directa o indirectamente a las conductas a través de algún factor ambiental. Ellos incluirán programas, servicios y recursos necesarios para obtener resultados conductuales y ambientales, así como en algunos casos, nuevas habilidades necesarias para lograr el cambio de conductas de salud. Como en la fase anterior, estos factores antecedentes y reforzadores se ordenarán de acuerdo a su importancia y grado de asociación o mutabilidad, al mismo tiempo que se seleccionarán los blancos de prioridad para la intervención. Finalmente, se redactarán objetivos cuantificables contestando a preguntas tales como: ¿Cuánto conocerá, creará o podrá hacer determinadas conductas y cuándo?. ¿Cuánto de los recursos estarán disponibles para quiénes y

cuándo? Como en fases anteriores, este proceso deberá manejarse con el conocimiento de literatura especializada, sobre todo, se buscará información empírica adecuada; además, esta fase suministrará insumos para la planeación con respecto a la información producida por la participación de la comunidad y por su participación en estudios y grupos focales.



Fuente: www.odn.uba.or

Green y Kreuter señalaron que “la decisión para poner los factores en una u otra categoría es menos trascendente que ordenar dichos factores como influyentes o determinantes de las conductas y encontrar la manera de atenderlos en el programa”.

(Green y Kreuter, 1999, p. 157) clasifican los determinantes de las conductas en categorías generales, al identificarlos como factores predisponentes, reforzadores o facilitadores lo que proporcionará la mejor manera para dirigirse a la audiencia que necesita intervención, porque cada categoría llevará a diferentes tipos de estrategias y métodos de intervención. Estos constructos han demostrado su utilidad sobre una

serie de conductas de salud, los cuales proveen de un marco de referencia conceptual para incorporar teorías más específicas y ayudarán a organizar el proceso de planeación.

Los tres niveles de las teorías del cambio –comunitario, interpersonal e individual– podrían ser útiles en esta fase del proceso de planeación. Alternativamente, las teorías del cambio organizacional sugerirían buscar formas distintas de entregar servicios a la audiencia intencional del programa. Reforzar la entrega de los servicios, ya sea a través de clínicas fuera de las escuelas o a través de otras estructuras en la comunidad, requerirá de una completa comprensión acerca de las políticas de la organización, así como de los procedimientos y procesos de cambio.¹⁹

La razón por la cual se harán precisiones acerca de la importancia relativa de los factores predisponentes, reforzadores y facilitadores, así como porque se deberán incorporar diferentes orientaciones teóricas, será para escoger las estrategias de intervención apropiadas. En general, las teorías individuales resultarán muy apropiadas para dirigirse a los factores predisponentes, ayudarán a los diseñadores de programas a identificar los mensajes que transmitirán a través de métodos de comunicación directos como los medios masivos, los métodos de educación frontales (cara a cara) y las más nuevas tecnologías que mediante diseños por computadora enviarán mensajes de salud (Kreuter, Farrell, Olevitch y Brennan, 2000). Las teorías interpersonales resultarán muy apropiadas para dirigirse a los factores reforzadores y sugerirán la utilización de canales de comunicación indirectos (por ejemplo, las redes sociales) así como también, por métodos indirectos (por ejemplo, la formación de formadores, el perfeccionamiento de apoyos sociales). Las teorías comunitarias resultarán muy apropiadas para los factores facilitadores, harán pensar que los cambios ambientales (como aquellos dirigidos a los cambios en la organización y en la entrega de servicios; en la disponibilidad de productos; así como en las políticas, leyes y regulaciones que rigen tanto los productos como las conductas) utilizarán métodos reivindicadores (como la defensa legal) y se fortalecerán a través del trabajo con las organizaciones populares (Clark y McLeoy, 1995). Debido a la complejidad

de los problemas de la salud relacionados con estilos de vida, que se atienden comúnmente por los programas para el cambio conductual de salud, generalmente se necesitarán múltiples niveles de análisis de estos factores y métodos. En esta fase, un mapa que trace los pasos de la intervención, será particularmente útil para equiparar métodos y estrategias con los que la teoría y empíricamente se hayan identificado como necesarios para la audiencia internacional del programa (Bartholomew, Parcel, Kok y Gottlieb, 2001).

I.2.8 Diagnóstico Administrativo

En la fase cinco, del diagnóstico administrativo y de las políticas, se fijarán las estrategias de intervención y se elaborará la planeación final para su implementación. Su propósito será identificar políticas, recursos y circunstancias que prevalecen en el contexto organizacional y que podrían facilitar o impedir la aplicación del programa.

Green y Kreuter (1999) definieron el PRO en PROCEED como sigue: “P” por los constructos para la *aplicación política* que se refiere al conjunto de objetivos y reglas que guiarán las actividades de una organización o de una administración; la “R” por los constructos para la *acción regulatoria* que se refieren al acto de llevar a cabo las políticas y darles fuerza a las leyes; y por último, la “O” por los constructos para la *acción organizacional* que se refieren al hecho de reunir y coordinar los recursos necesarios para llevar a cabo el programa.

En esta fase, se ordenarán las estrategias de intervención basadas en las etapas anteriores y los diseñadores de programas evaluarán la disponibilidad de los recursos necesarios (los de tiempo, los de persona y los financieros). Deberán evaluarse las barreras para la implantación tales como los compromisos con el personal o la falta de espacio, y cómo se planea poner todo en su lugar para comenzar el programa. También, considerarán las regulaciones y políticas de la organización que podrían

afectar la implementación del programa y se deberán planear en consecuencia. Este diagnóstico administrativo y de las políticas será específico para el contexto y las organizaciones patrocinadoras del programa; además requiere de mucho tacto político y conocimiento teórico y empírico de la realidad.²⁰

El diagnóstico administrativo y de las políticas podrá enriquecerse con las teorías del nivel comunitario. Las teorías de organización comunitaria animarán a que los diseñadores de programas de salud involucren a importantes miembros de la comunidad. La identificación de esos miembros “clave” resultará diferente para cada comunidad y cada asunto específico de salud. Las teorías del cambio organizacional informaran a los practicantes de salud pública acerca del proceso y las estrategias para la creación y mantenimiento de cambios de políticas y procedimientos de salud que influirán en el éxito de los programas de promoción de la salud.²¹

I.3 PROCEED

La fase dinámica del proceso administrativo comprende la Dirección y Control del programa, la cual es aplicada en el Modelo en su etapa de PROCEED basados en los diferentes tipos de evaluación.

I.3.1 Dirección

Ver que lo haga

Es en la Dirección, donde se realiza todo lo planeado; comprende una serie de elementos como la toma de decisiones, la comunicación, la motivación y el liderazgo.

I.3.2 Control

Que lo haga bien

Íntimamente ligado a la planeación, el control es la fase a través de la cual se evalúan los resultados obtenidos en relación con lo planeado, a fin de corregir desviaciones y mejorar continuamente. Es un medio de retroinformación que sirve para reiniciar el proceso, todas las herramientas o técnicas de planeación.

I.3.3 Evaluación del Proceso

También se le denomina evaluación formativa o monitoreo. Este tipo de evaluación nos ayuda a responder la pregunta: ¿Cómo lo estamos haciendo? La evaluación del proceso implica el análisis del desempeño real y actual del programa. Un monitoreo oportuno, le ayudará a detectar en forma temprana los problemas existentes o potenciales que podrían estar impidiendo el progreso del programa: y se pueden realizar cambios en las actividades, personal y recursos, antes que tomen mayores dimensiones. Los mecanismos para hacer una evaluación del proceso o monitoreo, incluyen:

- Reuniones del equipo de salud y /o de la comunidad.
- Observación de actividades
- Informes regulares escritos
- Estadísticas de servicios
- Revisión de las actividades
- Visitas de supervisión
- Entrevistas
- Discusión de grupos focales.

Cabe destacar que un buen sistema de monitoreo debe proveer una instancia de capacitación a los integrantes del equipo.

La evaluación de proceso contempla información diagnóstica sobre la calidad y operación de métodos, actividades o programas. El fin es vigilar y asegurar la calidad

en la práctica de los servicios de educación para la salud. Entre sus propósitos , está considerar los adecuados del programa para cumplir con los objetivos, el avance a corto plazo del mismo, cómo mejorar el impacto, cómo aumentar la aceptación en la población beneficiaria; plantea también, establecer, consolidar y mejorar, en términos globales, la calidad del programa de educación para la salud.

Tradicionalmente este tipo de evaluación sólo incluía la parte de la ejecución del programa, específicamente el esfuerzo de la institución, en términos cuantitativos y en relación a recursos. Sin embargo, el concepto ha sido ampliado para incluir: estudios piloto, pruebas iniciales, integración de grupos experimentales (grupos focales) y otros, para conocer la respuesta de la población y personal de salud (local) con respecto al programa de educación para la salud.²²

Una forma de ir controlando el desarrollo del programa es a través de la “retroalimentación rápida” que es una expresión que indica el empleo de información de resultados a muy corto plazo (de días a 1-2 semanas) que se utiliza para mejorar el programa, sus componentes y su impacto. Si se repite varias veces en la primera parte del programa, a pesar de lo parcial y limitado de la cobertura y las medidas de análisis de información utilizadas, se podrá ir mejorando el programa sobre la marcha, según las necesidades y deficiencias que se presentan y se detectan cada día.

Cinco razones para realizar la evaluación del proceso:

- 1.-Para ir ejecutando el programa de acuerdo a la realidad, que puede ser cambiante.
- 2.-Para obtener respuestas inmediatas del nivel local.
- 3.-Para conocer el nivel de aceptación del programa entre los destinatarios del mismo (población beneficiaria).
- 4.-Para recibir y poder incorporar la opinión del personal de salud que está trabajando en el campo.
- 5.-Para medir el nivel de competencia y compromiso del personal de salud involucrado en la ejecución del programa.

En esencia, la evaluación del proceso, se refiere a la fase inicial de conformar y de “echar a andar” un programa. También, en la medida en que el personal involucrado y la población beneficiaria participen en forma activa, será una experiencia formativa para ellos, en el sentido de que aprenderán y se capacitarán en la práctica. La evaluación del proceso o formativa, aporta información de diagnóstico y retroalimentación rápida acerca de esta fase de ejecución del programa, especialmente en lo vinculado a la calidad del trabajo.

En la etapa de ejecución del programa interesa saber si el mismo se ejecuta o se lleva a cabo de acuerdo a la planificación. Para ello es necesario conocer y registrar el trabajo en el nivel social. ¿Cuál es la respuesta de la población? ¿A qué nivel es su participación? ¿Está todo el equipo (personal de salud) involucrado? ¿Cuál es su nivel de integración? ¿Están los administrativos apoyando el desarrollo del programa según el plan? ¿Se están haciendo ajustes y modificaciones? ¿Son éstos adecuados y apropiados?

Esta preocupación se debe, a que cada programa de educación para la salud necesariamente requiere de ajustes y modificaciones, de acuerdo a las características necesarias de cada población y localidad. Lo importante es analizar estos ajustes que deben introducirse en el programa, a fin de reorientarlo de inmediato para que dé mejores resultados y un mejor servicio. Los buenos programas regularmente no se mantienen de acuerdo al plan original, sino que durante su ejecución se van desarrollando mejores estrategias, técnicas y materiales.

Esto requiere tiempo para realizar un buen diagnóstico, integrar y capacitar al personal en un equipo de salud competente y comprometido y para motivar la participación de la población. Finalmente, también se necesita tiempo para reconocer y corregir los problemas detectados.

Es posible que las condiciones en cada institución y país sean diferentes y que en algunos se favorezcan y faciliten esta necesidad, mientras que en otros la frustren y dificulten.

Por lo general, cuanto mayor y más heterogénea sea la localidad y la población, mayor variabilidad se pueden tolerar entre el plan o diseño original y lo que realmente se logra ejecutar. Eso suponiendo que la planeación original haya sido factible y realista, y no lo que comúnmente sucede con la llamada “de escritorio”. Se reconoce que todo programa podrá sufrir cierta modificación por las siguientes causas:

- Percepción del personal sobre el programa
- Órdenes e instrucciones
- Materiales
- Participación de la población
- Recursos existentes en la comunidad

Durante el período de capacitación, si los instructores no entienden el material, o si no están de acuerdo sobre los enfoques del programa y el plan de trabajo, ellos pueden modificar la orientación del mismo, sea en forma accidental, (sin tener idea clara de ello), o intencionada (si lo consideran inadecuado). Hasta pueden mal interpretar las instrucciones en el manual o documento de procedimientos o en los materiales.

Las diferencias de edad, interés, nivel socioeconómico y educativo de la comunidad beneficiaria, pueden obligar a introducir variaciones y hacer ajustes y modificarse el programa. La infraestructura, recursos y condiciones de los servicios de salud locales, entre otros aspectos, pueden ser factores que impongan modificaciones en las metodologías, técnicas y estrategias del programa.²³

I.3.4 Evaluación Sumaria o Sumativa

Este segundo tipo de evaluación es el que se utiliza para medir los logros de su programa. La evaluación sumativa nos ayuda a responder la pregunta ¿Cuán bien lo hemos hecho? y por lo general, se realiza hacia el final del período del programa o de una etapa predeterminada del mismo. La unidad de tiempo a utilizar será la que

hemos definido en nuestros objetivos. La medición del éxito del programa se realiza comparando lo que se ha hecho, con un estándar (patrón o medida) de excelencia previamente establecido. De ahí la insistencia en la necesidad de incluir en los objetivos, un indicador de evaluación que nos permita constatar si hemos logrado el objetivo propuesto.

La evaluación sumativa se refiere a los efectos de un programa a largo plazo, y mide si el programa logró un impacto sobre los indicadores preestablecidos que debían ser modificados.

En términos metodológicos se obtiene más información técnica sobre la evaluación sumativa, ya que ha sido la más utilizada y por ende, la más desarrollada. Debido a que el concepto de evaluación del proceso, en ambos sentidos, tanto en el seguimiento del programa como en la formación y capacitación en el servicio, son relativamente nuevos, los métodos y técnicas están mucho menos desarrollados. Se necesitan definir y delimitar más los aspectos técnico-metodológicos de la evaluación del proceso, muy especialmente porque los datos obtenidos a través de una evaluación sumativa, aunque útiles para conocer los resultados de un programa, ya no nos permiten mejorarlo y corregir errores. La evaluación de proceso, precisamente, pretende aportar información a tiempo para evitar problemas y reorientar el programa.

El principal estándar para la evaluación está dado por los objetivos.

Otro estándar útil, es comparar la situación al terminar el período del programa con el existente antes de comenzarlo. De ahí la importancia de realizar el diagnóstico de la situación. Si la comparación de ambos muestra un mejoramiento, habría razón para asumir que el programa ha tenido éxito. Si por el contrario, la situación problemática no ha cambiado, tendremos que revisar lo realizado partiendo del primer paso del proceso del planteamiento.²⁴

I.3.5 Evaluación de Impacto

El siguiente nivel de evaluación para analizar los resultados y decidir sobre la aceptabilidad del programa es en el de impacto, no sólo a largo plazo, sino durante el corto y mediano plazo; por ejemplo, analizar qué está sucediendo con variables como: conocimientos, conceptos, capacidades, habilidades, destrezas, creencias, actitudes, hábitos, prácticas y conductas de la población; así como también, cuestiones en relación a las condiciones sociales, económicas y ambientales.

Algunas variables a más largo plazo son por ejemplo: disminuir la frecuencia de las enfermedades, aumentar el uso adecuado de los servicios, control médico durante el embarazo, diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades, disminución de riesgos a la salud y la mejoría, en general, de los indicadores y estadística de morbi-mortalidad.

En última instancia el costo-efectividad de un programa es lo que por lo general más interesa a los administrativos y funcionarios. El costo-efectividad se puede informar en términos de cantidad de dinero empleado por unidad de resultados obtenidos.

La evaluación de impacto es también llamada final o de producto, porque pone mayor énfasis en los datos y la información “final” obtenida, así por ejemplo: prevalencia de factores de riesgo, morbilidad, mortalidad. Se pueden hacer preguntas para medir el resultado o producto final del programa.

Aquí también la relación costo-efectividad es importante. No obstante a pesar que este parámetro pierde su peso cuando se trata de cuestiones humanitarias, tales como salvar vidas o prevenir enfermedades, no deja de ser importante, especialmente cuando los costos de la atención médica son cada día mayores. Por lo general, se habla de evaluación de resultados en lugar de la de impacto cuando se trabaja a más largo plazo. Requiere mejor y más precisa información y finalmente los datos biológicos y médicos requieren analizarse en relación a las condiciones y calidad de vida de una población en general.

Por desgracia, existen muy pocas experiencias de evaluación del impacto de los programas en los indicadores de salud. Esto posiblemente se deba a la dificultad para medir objetivamente esos cambios y atribuirlos confiablemente a las intervenciones

implantadas, ya que las condiciones de salud de una población están determinadas no sólo por el acceso a los servicios de salud, sino también por una gran variedad de factores sociales, económicos, culturales y ambientales, cuya interacción suele modificarse en plazos relativamente largos. Respecto del primer punto, Mackenbach y Gunning-Shepers han señalado que las dificultades de evaluación se incrementan extraordinariamente cuando se trata de programas dirigidos a reducir las inequidades en salud, ya que no existe consenso sobre el tipo de diseño que es más apropiado utilizar para evaluar la efectividad de este tipo de intervenciones, sobre todo cuando no se cuenta con comunidades control.

No obstante, en aquellos programas de salud que por su naturaleza emergente requieren adecuar sobre la marcha su dirección y contenidos - como es el caso de los programas dirigidos a poblaciones extremadamente marginadas y que son financiados en forma externa -, la evaluación temprana de su impacto sobre la población objetivo puede ser útil para determinar su verdadero valor social y su sustentabilidad económica, sobre todo porque los recursos financieros con los que frecuentemente se implementan pasarán a formar parte, en algún momento, de la deuda de los países en los que se llevan a cabo. Por esta razón la necesidad de esta evaluación se encuentra plenamente justificada.

Por otro lado, conviene hacer algunos comentarios sobre las diferencias entre los procesos de evaluación y de investigación científica. Como han señalado algunos expertos, la evaluación tiende a centrar su interés en la toma de decisiones, mientras que la investigación lo hace en las conclusiones; la investigación genera resultados generalizables, lo que resulta mucho más difícil en el caso de las evaluaciones; finalmente, mientras que la evaluación centra sus reflexiones en los errores, la investigación lo hace en los aciertos.²⁵

II. LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

II.1 Naturaleza del proyecto (¿Qué se quiere hacer?)

Comprender la importancia de la administración de programas de salud y la aplicación de técnicas didácticas en educación para la salud bucal .



- Mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública y los sistemas de salud.
- Aumentar la capacidad de reaccionar rápida y coordinadamente ante las amenazas para la salud así como abordar los factores determinantes de la misma.
- Llevar a cabo actividades de promoción de la salud que involucren al personal docente y administrativo.
- Impartir educación integral que fortalezca la capacidad de los alumnos de formar hábitos bucales saludables.
- Brindar educación en salud basada en valores positivos que sean útiles en el futuro.

Fuente: www.weddominicana.com

- Facilitar los medios para desarrollar programas en ambientes que refuercen la promoción de la salud bucal
- Ejecutar proyectos que lleguen a las escuelas y la comunidad

- Prestar a los estudiantes servicios de salud bucal que propicien la formación de hábitos saludables
- Organizar actividades de educación para la salud que contribuyan a la aplicación del modelo PRECEDE-PROCEED.
- Poner a la disposición de los estudiantes servicios de asesoramiento y apoyo.²⁶

II.2 Justificación (¿Por qué es importante?)

Porque se pueden prevenir problemas de salud o podemos promover la salud, aceptando o respetando los hábitos conductuales que sean propicios para la comunidad.

La vigilancia y evaluación del estado de salud bucal de la población constituye un método de observación y control que permite detectar precozmente las enfermedades o daños a la salud, para la toma de decisiones encaminadas a prevenir o interrumpir la aparición de enfermedades. Se señalan los objetivos que están íntimamente relacionados con los del Programas de Salud Bucal. Se definen las etapas del programa, así como la clasificación según grupos de población, basándose en el estado de salud bucal de las personas examinadas y los procedimientos con cada grupo. Se fundamentan las medidas preventivas, medidas sanitarias y los factores de riesgo de algunas enfermedades y grupos de población. También se describen los indicadores de eficacia y eficiencia del programa de salud bucal.

El programa de salud bucal constituye un factor principal en la atención de las personas durante toda su vida. Su desarrollo posibilita elevar la calidad de la atención, fortalecer el trabajo para la prevención de las enfermedades bucales y ampliar la cobertura como un sistema incremental al incorporar periódicamente nuevos contingentes de población a la observación y control, lo cual se corresponde con los principios de clasificación establecidos para seleccionar a las personas según su estado de salud bucal: sano, sano con riesgo, enfermo y enfermo con secuelas.²⁷

II.3 Objetivos (¿Para qué hacerlo?)

Para las personas que en el ámbito de la educación formal o no formal empezaron a diseñar y ejecutar programas de educación para la salud, lo hacían con una finalidad fundamentalmente preventiva; pensando en abordar los diferentes problemas relacionados con la salud de los y las jóvenes.

Fundamentalmente, estábamos pensando en evitar o reducir “el problema”, de modo que cuando creíamos haber encontrado las estrategias o metodologías que nos parecían idóneas, aparecían nuevos factores que atender. De este modo, y poco a poco, fuimos viendo que las soluciones tendrían que apuntar más allá de la prevención, cobrando protagonismo la “promoción de la salud” como punto de partida para la reducción de riesgos, la formación en competencias individuales de las personas, y el desarrollo de comunidades saludables, así como concientizar a las personas acerca de los problemas de salud y posibles soluciones.



Fuente: www.colgate.com

Hacer hincapié en la importancia de la fuente del mensaje. Es más probable que las personas cambien cuando saben cuáles son las cosas buenas que pueden ocurrir como resultado. Lograr conductas de autocuidado en la población involucrada. ²⁸

II.3.1 Objetivos Específicos

- Obtener hábitos para el control de placa bacteriana
- Crear en la población hábitos de alimentación correctos
- Proteger la salud bucal de la embarazada y el niño
- Apoyar programas de fluoración y aplicación de fluoruros tópicos
- Ampliar la cobertura a otras especialidades odontológicas (endodoncia, prótesis).

II.4 Metas (¿cuánto se quiere lograr?)

Lograr que la mayoría de la comunidad esté sana.

Siendo realistas, la introducción de la educación para la salud en los planes de estudio ha dependido del buen hacer de muchos profesores y profesoras, maestros y maestras, que han tomado la iniciativa de incluir contenidos de salud en la currícula de los escolares, así como la participación activa de los padres.

No cabe duda, que la existencia de un programa de salud comunitario determina que la promoción de la salud ha de ser abordada desde la escuela, incidiendo además en que se deben diseñar y programar acciones concretas introducidas de forma transversal entre los contenidos escolares, es que ha apoyado el trabajo de muchos profesionales, que no siempre contaban con la simpatía de sus colegas.²⁹

Pero esa misma transversalización de los contenidos de educación para la salud, ha servido para que muchos profesionales se sintiesen sobrecargados en su tarea, o no encontrasen las estrategias metodológicas adecuadas para abordarla. Quizás, tendríamos que pensar en que a un modelo educativo que continúa basándose en la transmisión de contenidos e información, y en la reproducción de un estilo de enseñanza-aprendizaje que no ha evolucionado demasiado, no le podemos pedir que resuelva y aborde correctamente las nuevas necesidades que la sociedad demanda.



Fuente: www.colgate.com

II.5 Estrategias

El diagnóstico de salud se basa en la identificación y definición de los problemas y del plan de acción para darle solución a los mismos, para lo cual se requiere de la participación activa del equipo de salud y la comunidad organizada.

El diagnóstico de salud de la comunidad no sólo implica el conocimiento de la misma, sino también, de todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud, así como de las interrelaciones sociales de la comunidad y los recursos de salud disponibles.³⁰

II.6 Límites (¿Dónde se efectuará y qué tiempo abarcará?)

Se delimita la comunidad de acuerdo a espacio y tiempo.

- De espacio: El área de influencia de las comunidades seleccionadas (macrodelimitación y microdelimitación).
- Tiempo: el Programa de Educación para la Salud es corto 3-6 meses, mediano de 6 meses a 2 años y de largo plazo más de 2 años.

II.7 Actividades (¿Cómo se llevará a cabo?)

En el caso del programa de primer año, las actividades consistirán en la aplicación de técnicas didácticas en una comunidad asignada.

Con la elaboración de un sistema de recopilación, análisis y evaluación de la información y de los conocimientos con el fin de informar, aconsejar y difundir la información a todos los niveles de la sociedad, el público en general y las comunidades.

Microdelimitación: espacio perfectamente delimitado donde se aplicará el programa.

Macrodelimitación: Límites del poblado, de la colonia, del centro educativo entre otros.

Para lograr los objetivos trazados se han definido las siguientes estrategias de acción: desarrollar políticas conjuntas para los sectores educativo y de salud; crear

mecanismos de coordinación profesor-alumno, así como planes de trabajo y evaluación de actividades. Implementar programas que incluyan el diagnóstico de necesidades, formulación de planes de acción, diseño curricular, capacitación de maestros y producción de materiales educativos, también de actividades en las escuelas y la comunidad que faciliten la promoción de la salud.

Además de las medidas ya citadas, la aplicación del programa propuesto comprende la elaboración de un programa de trabajo anual compuesto de objetivos y acciones precisos, y el establecimiento de indicadores de salud. El programa también permite acciones conjuntas con otros programas y acciones de la comunidad. Serán indispensables la cooperación activa y el compromiso total del conjunto de los miembros de la misma para el buen funcionamiento del programa y la consecución de los objetivos.³¹

II.8 Calendarización o Cronograma (¿Cuándo se va hacer?).

Visitas de promoción.

Los odontólogos harán conocer a la autoridad escolar, profesores y padres de familia, el objetivo del programa y las actividades a realizar.

Las acciones a realizar son:

- Solicitar información acerca del número de alumnos inscritos, por grado escolar, elaborando el listado correspondiente por cada grado y grupo.
- Formular la invitación a las madres de familia para participar en el programa y organizar el Comité Escolar de Salud Bucal, por grado y grupo escolar.

- Informar a las madres integrantes del Comité Escolar de Salud Bucal, de las principales enfermedades bucales que afectan a las niñas y niños según edad, los factores de riesgo presentes y los métodos existentes para su prevención.
- Capacitar y supervisar a las madres de familia, de la escuela primaria, en la preparación de los materiales para detección de placa bacteriana, preparar la solución de fluoruro de sodio al 0.2% y su frecuencia de empleo, manejar el material educativo.
- Entregar el material de apoyo del programa.



Fuente: www.globalhumanitaria.org.

Control de placa y enseñanza del cepillado.

La detección de la placa bacteriana se hace mediante soluciones o tabletas reveladoras; previo a su aplicación se explica a las niñas y los niños la manera de emplearlas.

La enseñanza de la técnica de cepillado es definitiva para la eliminación de la placa bacteriana, de la superficie de los dientes y las encías, la técnica recomendada es la de barrido, Stillman modificado.

El control de placa bacteriana no solamente debe comprender los pasos anteriores, sino que debe incorporarse el control de la ingestión de hidratos de carbono (azúcar, caramelos) explicado y demostrado en las charlas educativas.

Cada grupo y grado escolar debe organizar su propio club de cepillado.³²

Aplicación de fluoruros.

Para la protección específica contra la caries se emplea una solución de fluoruro de sodio al 0.2%, en el caso de los escolares, de la escuela primaria.

Informe y concentración de datos.

Al finalizar la jornada de trabajo diario los encargados de esta actividad registrarán las tareas realizadas.

Evaluación

Se realizará una evaluación observacional de la técnica de cepillado y evaluaciones didácticas de las pláticas impartidas para evaluar el nivel de conocimiento de los temas tratados sobre la salud bucal. Así podemos definir cual fue el impacto que tuvimos en la comunidad.



Fuentes: www.per.ops.oms.org

Efectuar investigación epidemiológica, aplicada en este tema

El personal encargado del programa educativo preventivo de caries dental y periodontopatías, participará en las diversas encuestas epidemiológicas, censos, investigación de recursos, etcétera.

II.9 Destinatarios o Beneficiarios (¿A quiénes va dirigido?)

Depende de la comunidad que se ha escogido.

En atención: Fomentar la comunicación activa, la técnica de cepillado y hábitos de higiene bucal en la comunidad para disminuir los problemas bucales. Generar y fortalecer los procesos grupales de actividades didácticas y configuración de redes de apoyo. Recuperar temas de educación bucal. Hacer grupos con tercera edad. Intervenir los casos de salud bucal deficiente, oportuna e interdisciplinariamente. Diseñar estrategias de salud bucal con las familias. Acompañar a los grupos de jóvenes en el desarrollo de actividades recreativas con niños.

En capacitación: Es necesario ubicar líderes comunitarios para iniciar procesos en red e involucrarlos en actividades educativas. Hacer capacitaciones sobre técnicas de cepillado y hábitos bucales. Hacer talleres con líderes comunitarios rurales y urbanos y también con mujeres. Capacitar a los grupos organizados para que sean multiplicadores y autogestores de procesos de salud bucal. Capacitar a los líderes comunitarios en temas relacionadas con la prevención en salud bucal. Promover la salud bucal en escuelas y colegios a través de técnicas didácticas y juegos . Hacer talleres con los padres para mejorar la convivencia y el desarrollo familiar. Crear espacios de sensibilización y reflexión para la comunidad. Capacitar, asesorar e intervenir en salud bucal a nivel individual, grupal y a las familias.³³

II.10 Recursos Humanos (¿Quiénes van a participar?)

Profesores de la materia, estudiantes, líderes y pacientes.

Se busca la ayuda de expertos externos para que traten de resolver los problemas de la comunidad junto con personas del lugar. Esos expertos recolectan datos sobre los problemas locales y recomiendan las vías de acción más razonables. Por lo general, en estos casos hay organismos formales que intervienen en la solución de los problemas y los educadores en sanidad se encargan de recolectar datos y de implementar y facilitar los programas. Es un proceso dirigido a tareas específicas.

Los expertos y los miembros de la comunidad trabajan juntos como iguales. Es un proceso orientado a impulsar el sentido de identidad comunal. Los educadores sanitarios organizan grupos representativos de toda la comunidad y los habilitan para señalar y resolver los problemas comunes. Este proceso hace hincapié en la cooperación y los educadores sirven de coordinadores y facilitadores, mientras

instruyen a los miembros de la comunidad en valores y técnicas para resolver sus problemas.



Fuente: www.lbu.org.uy/xpublico/imagenes

Son los miembros de la comunidad, quienes procuran adquirir la capacidad necesaria para abordar los problemas que más les interesa resolver. De este modo, se pueden lograr cambios importantes y corregir el problema de salud bucal que existe entre los grupos en situación desventajosa y el resto de la sociedad. La acción social suele tomar la forma de organizaciones y manifestaciones políticas de grandes grupos. Por lo general, un educador sanitario interesado en proyectos de acción social hace de activista, agitador y negociador.³⁴

II.11 Recursos Materiales y Financieros (¿Con qué se va hacer y a costear?)

El presupuesto debe ser una estimación realista de todos los costos necesarios para la implementación y la puesta en marcha del proyecto. Si es posible, demuestre el posible potencial para una eventual autofinanciamiento o la financiación por parte de otros medios distintos al que dirige la petición.

La estimación de costos debe estar desglosada en categorías lógicas como salarios, suministros y materiales. Las contribuciones voluntarias que usted y los miembros de su organización hacen al proyecto, deben estar listadas y estimadas tan fielmente como sea posible en términos monetarios. Especifique las prestaciones físicas que están disponibles o que lo estarán para el proyecto. Especifique el equipamiento y suministros que va a poner a disposición de este proyecto. Incluya cualquier otra dotación para el mismo por parte de la escuela u otras organizaciones.

Los materiales serán variados dependiendo de los requerimientos de la actividad así como del material didáctico necesario ya que también debemos valorar a qué tipo de comunidad nos dirigimos. Según la comunidad se va movilizandoy todos sus miembros participan en la elección de las acciones a emprender, se hace necesario combinar estas elecciones y decisiones en un proyecto comunitario.³⁵

3. CONCLUSIONES

Es obvio que en un mundo en el que los recursos se agotan y los que aún existen están mal distribuidos, en un continente donde los recursos también son limitados y mal distribuidos, en un país que necesita que sus pocos recursos sean bien utilizados, se necesita evaluar todo tipo de acción o sistema de acciones. Más aún, en un mundo y un país donde el recurso más valioso es el humano, es preciso encaminar esfuerzos para cuidar a ese ser humano y permitirle que sobreviva con salud. Para hacerlo lo mejor posible, es necesario valerse del medio más humano, universal y social que existe: "la comunicación" y esta a su vez, debe privilegiar métodos efectivos, eficaces y poco costosos.

Mirar diez años hacia atrás me permite decir que hay un buen pedazo del camino recorrido, pudiera decirse que sí hay avances, pero si dirigimos la vista a la meta, no hay dudas que es mucho más lo que queda por andar.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Álvarez Alva Rafael. Educación para la salud. 2º ed. Colombia Bogotá: Manual Moderno; 2005. pp. 51-57.

2.-Munich- Galindo L. García JG. Fundamentos de administración. 5ª ed. México D.F: Trillas; 1990.

3.-Green WH, Simons- Morton BG. Educación para la Salud. México. DF: Interamericana; 2003.pp.122-24.

4.-Green LW, Kreuter NW, Deeds SG, Partridge KB. Health Education Planning. A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Co.Palo Alto, California 1980.

5.-Green LW, Kreuter NW, Heath Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. 3 ed. McGraw-Hill. New York 1999.

6.-Green LW, Kreuter NW, Deeds SG, Partridge, KB, Health Educational Planning. A Diagnostic Approach. Mayfield Publishing Co. Palo Alto, California 1980.

7.-Green LW, Kreuter NW. Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. 3 ed. McGraw-Hill. New York 1999.

8.-El Modelo PRECEDE un Organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza aprendizaje en educación y promoción de la salud. Rev. de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Abril 2006 Vol. 10 No.1.

9.- Aplicación del Modelo PRECEDE-PROCEED para el diseño de un programa de educación en la salud. Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España. Enero-Junio, año/vol.15 num. 001 pp.135-151.

10.-Gielen AC, McDonald EM.Using the PRECEDE-PROCEED planning model to apply health behavior theories.In: Glaz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 3 rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. pp.409-36.

11.-¿Hemos avanzado en la evaluación de la comunicación en salud?. Rev. Cubana Salud Pública, ene-jun.2001, vol.27, no.1, p.5-10 ISSN 0864-3466.

12.-Flay BR. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. Prev Med 2005; 15:451-74.

13.- Farquhar JW. The community- based model of lifestyle intervention trial. Am J Epidemiol 2000; 108:103-11.

14.- Altman DG. A framework for evaluating community- based Herat disease prevention programs. Soc Sci Med 2004; 22:497-87.

15.- Journal of Epidemiology and Community Health 2003, 44:83-89. se publica con permiso del BMJ Publishing Group , Londres, Inglaterra.

16.- J. Ratcliffeand L. Wallack, Primary Prevention in Public Health: An Analysis of Basic Assumptions, International Quarterly of Community Health Education 9, pp. 11-34, 2005.

17.-Nuthean D, Catford J. The Welsh Heart Programme evaluation strategy: progress, plans and possibilites. Health Promotion 2002; 2:5-18.

18.- Catford JC, Nutbeam D. Towards a definition of health education and health promotion. Health Educ J 2002; 43:2-3.

19.-Kotler P, Andreasen AR. Strategic planning for nonprofit marketing. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 2003.

20.-Engleman SR. Forbes JF. Economic aspects of health education. *Soc Sci Med* 2005; 22- 443-58.

21.- Cohen DR, Henderson JB. *Health, prevention and economics*. London: Oxford University Press, 2000.

22.-Gómez-Dantés Octavio, Garrido-Latorre Francisco, López –Moreno Sergio, Villa Blanca, López –Cervantes Malaquías. Evaluación de programas de salud para población no asegurada. *Rev. Saúde Pública*. 1999. Ago (citado 2007 Mar 01); 33 (4):401-412.

23.-Kotler P, Andreasen AR. *Strategic planning for nonprofit marketing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 2001.

24.- Riesgo de caries en escolares de escuelas oficiales de la ciudad de México. *Rev. Mexicana de pediatría*. Vol. 68. No.6. nov-dic 2001.

25.- Rodríguez Calzadilla, Amado y BALY BALY, Moisés J. Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. *Rev Cubana Estomatol*, ene.-jun. 1997, vol.34, no.1, pp.28-39. ISSN 0034-7507.

26.- Zacca Gonzalez, Grisela, Sosa Rosales, . Maritza e Mojaiber de la Peña, Armando. Situación de salud bucal de la población cubana: Estudio comparativo según provincias, 1998. *Rev Cubana Estomatol*, maio-ago. 2001, vol.38, no.2, pp.90-110. ISSN 0034-7507.

27.- Palomba, Silvia; Nápoli, Alberto; Fuks, Julia; Tosi, Pablo. Programa de salud bucal en escolares / Oral health program in schoolchildren. 28(4):11-4, dic. 1999.

28.- Rodríguez Calzadilla, . Amado y Valiente Zaldivar, . Carolina. Vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal. *Rev Cubana Estomatol*, Mayo-ago. 1999, vol.36, no.2, pp.158-170. ISSN 0034-7507.

29.- Botvin GJ, Eng A.A comprehensive school- based prevention program. *School Health* 2000;50:209-13.

30.-Nutbeam D, Haglund BJA, Hayes E. Practice organisation and health promotion: results from a survey of general practitioner in Wales. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales, 2005.

32.- B. Tableman, A Community Model for Prevention Service, *Prevention in Human Service*, 3, pp.87-99, 2001.

33.- L. Wallack and N. Wallerstein, Health Education and Prevention: Designing Community Initiatives, *International Quarterly of Community Health Education* 9, pp.11-34, 2004.

34.-Organización Mundial de la Salud. Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucodental. Ginebra:1989;21-26. Serie de Informes Técnicos; 782.

35.-Colimón KM. Fundamentos de Epidemiología. Madrid: Díaz Santos, 1990;258-97.