

Los programas de información, promoción y educación en inmunizaciones *

NILO VALLEJO *

Vallejo, N.: Los programas de información promoción y educación en inmunizaciones. Sal. Púb. Méx. XXI: 369-378, 1979.

INTRODUCCION

EN la actualidad se reconoce que la salud no puede ser impuesta, sino que debe ser alcanzada por los propios esfuerzos de los individuos. En otros términos, el mantenimiento de la salud en el nivel comunitario hace imperativo que la salud se promueva en el seno de la colectividad.

En el caso concreto de los programas de inmunizaciones en los países de América Latina, la experiencia señala que no siempre se ha obtenido de la comunidad la respuesta favorable que se esperaba. Aún más, en algunos casos la demanda y utilización de prestaciones de vacunación siguen siendo bajas en relación con las metas de los pro-

gramas, no obstante la accesibilidad geográfica de los servicios. Esto es especialmente cierto en el caso de vacunas que requieren más de una dosis.

Los ejemplos que siguen permitirán conocer la importancia de los factores que influyen de uno u otro modo en el comportamiento de la población y del personal médico con respecto a los programas de salud.

En Ecuador, en la década del 60 se llevó al cabo una campaña de vacunación masiva a la población contra la viruela. Pese a la intensa actividad de divulgación entre los pobladores de la capital y las provincias, incluyendo el "perifoneo" mediante las unidades audiovisuales móviles y la propalación de mensajes radiales, en las primeras semanas de la campaña se observó escasa concurrencia del público a los centros de vacu-

❖ S.P.I.
* Oficina Sanitaria Panamericana.

nación. Únicamente después de haberse logrado el apoyo de las autoridades eclesiásticas expresado a través de exhortaciones de los sacerdotes en las misas, se logró la afluencia de la población a dichos centros en el grado esperado.¹

En el Perú, en la comunidad de Vicos, Ancash, el Proyecto Cornell y la Unidad Sanitaria de Huaraz trataron de impulsar un programa de salud comunitaria con énfasis en el control de las enfermedades transmisibles prevalentes en esa localidad andina compuesta por grupos aborígenes. Se pretendía la aceptación de la medicina científica por parte de los pobladores. Los técnicos se preguntaron si para cumplir el objetivo propuesto, se podrían utilizar películas u otro material audiovisual y de qué manera podrían hacerlo. Se acordó que un médico epidemiólogo diera una charla en el dialecto vernacular a un grupo de 60 pobladores, la que fue ilustrada con la exhibición de una película en colores acerca del piojo, hecha en Estados Unidos. Al evaluar el impacto de la película se encontró que recordaban más lo que habían percibido como escenas familiares a su estilo de vida; al contrario, las escenas extrañas, que no pudieron ser correlacionadas con lo familiar, a su juicio los habían confundido. Al investigar la visualización de la cinta, no la percibieron como un todo integrado sino como un agregado de partes independientes; asimismo negaron que el tifus mostrado en la película existiera entre ellos, pues los piojos eran de mayor tamaño y más colorados que los que ellos conocían en su medio.²

En una campaña de vacunación masiva de otra población autóctona, al tratarse de conocer las causas por las que la gente rehusaba vacunarse, se puso de manifiesto que su temor obedecía a creencias imperantes, tales como las siguientes: "Los extranjeros estaban ensayando un nuevo tipo de vacuna contra ellos como un medio de exterminio de la población indígena"; "las vacunas eran utilizadas para esterilizarlos", etc. El conocimiento de estos recelos fue el punto de partida para persuadir primero a los dirigentes locales, y por intermedio de ellos al resto de

la población, acerca del valor de la vacunación en la preservación de su salud frente a enfermedades específicas.³

En 1976, el gobierno de Estados Unidos decidió proteger a la población susceptible contra la influenza. Se gastaron muchos millones de dólares y esfuerzos en llevar al cabo un programa de vacunación contra esa enfermedad. Se anticipaba el éxito del programa en vista de que el pueblo estadounidense reconoce el valor de las medidas preventivas en salud. Sin embargo, debido a desafortunadas reacciones de tipo encefalítico ocurridas en unos pocos niños vacunados, los órganos de comunicación social emprendieron una sostenida campaña contra la vacunación, la que avivó los temores que a los efectos secundarios de la vacuna se mantenían en muchos miembros de la población. Como resultado de esta campaña, se generó una ola de rumores que acrecentaron los temores del público y obligaron a suspender el programa nacional de vacunación contra la influenza.⁴ Entre los funcionarios de salud pública de Estados Unidos, existe la preocupación de que esa experiencia infeliz ocurrida en 1976 pueda alentar una tendencia del público estadounidense a descuidar la aplicación de medidas preventivas. Como lo puntualizó la Dra. ELENA NIGHTINGALE en un reciente Taller Regional Interamericano sobre Vigilancia Epidemiológica y Control de la Poliomiélitis, esta actitud ya se está reflejando en una declinación en el número de niños vacunados contra la poliomiélitis y otras enfermedades que pueden ser prevenidas mediante la vacunación específica.⁵

Surge así la cuestión: ¿cuán importante es el conocimiento de los factores determinantes del comportamiento de los miembros de la población y del personal de salud en los programas de inmunizaciones? De la experiencia obtenida en la realización de estos programas en diversas partes del mundo, en especial en los países latinoamericanos, se concluye que este conocimiento es esencial para el abordaje educativo que facilite la consecución de las metas establecidas. Si se desea ayudar a una comunidad a mejorar sus niveles de salud, deben conocerse las ra-

zonas que sustentan las creencias y prácticas de la comunidad en esta esfera. Antes de pretender implantar nuevos conocimientos y hábitos en relación con la protección de la salud contra las enfermedades transmisibles susceptibles de ser controladas mediante la vacunación, es necesario aprender cuáles son estos patrones socioculturales, cómo se entrelazan entre sí, qué funciones cumplen y qué significan para los individuos que los mantienen.

La aplicación del conocimiento y tecnología científicos constituye el eslabón más débil en la tarea de proteger la salud de la población. Todo trabajador de la salud sabe que no es tarea fácil persuadir al público a hacer uso apropiado de los conocimientos existentes para preservar la salud.

El estado de salud de los individuos y de las colectividades está determinado en gran parte por su conducta o comportamiento, el cual es el resultado de una serie de experiencias, conocimientos, valores, normas, circunstancias y herencia sociocultural. La complejidad del comportamiento de los individuos en la esfera de la salud hace necesario el planeamiento sistemático y oportuno de las acciones para asegurar la participación consciente y sostenida de la población en el programa ampliado de inmunizaciones. Este planeamiento del abordaje educativo debe basarse en estudios operacionales que permitan saber con precisión los factores determinantes del comportamiento de la población respecto al programa, con objeto de hacer un diagnóstico de sus causas específicas que facilite la formulación y aplicación de una estrategia educativa apropiada para contrarrestar o, al menos, aminorar los efectos de los factores adversos.

Factores que condicionan el comportamiento humano en salud

La salud no puede ser impuesta, sino debe ser obtenida mediante los propios esfuerzos de los individuos, las familias y los grupos comunitarios. En otros términos, el mantenimiento de la salud en los niveles individuales

y comunitarios hace indispensable que la salud se promueva en forma sostenida en el seno de la familia y de la comunidad.

En el caso concreto de los programas de inmunizaciones en los países latinoamericanos, la experiencia hasta ahora es que no siempre se ha obtenido la respuesta que era de esperarse de la comunidad. Aún más, en algunos casos la demanda y utilización de prestaciones de vacunación siguen siendo bajas en relación con las metas de los programas, no obstante la accesibilidad geográfica de los servicios. Esto es especialmente cierto en el caso de vacunas que requieren más de una dosis.

Una de las razones por las que muchas veces los esfuerzos de los gobiernos han fracasado al afectar programas nacionales de inmunización, ha sido el hecho que de ordinario se ha planeado muy superficialmente la participación tanto de la población como del propio personal de salud, con base en dos supuestos teóricos: a) que el comportamiento humano es siempre racional; y b) que existe correlación estrecha entre conocimientos y comportamiento en salud. Aunque estos supuestos teóricos podrían ser válidos bajo ciertas condiciones, no tienen el carácter de universales. Dichas suposiciones erróneas hacen que el malogro en el indicador del resultado (comportamiento) sea atribuido al fracaso del esfuerzo (educación), lo que parecería una deducción lógica.

Los factores que determinan si el público responderá a los esfuerzos de un programa de vacunación son muchos y complejos. No hay una respuesta simple a la cuestión de por qué algunos individuos responden favorablemente mientras otros reaccionan negativamente o, al menos, con indiferencia.

En cualquier programa de vacunación, uno de sus objetivos es lograr la acción o comportamiento que se desea adopten los individuos y colectividades, por constituir el punto crucial en la prevención de enfermedades transmisibles específicas que trata de lograr el programa.

Existen numerosos testimonios que apoyan el principio de que el comportamiento en salud de un individuo puede estar deter-

minado por una o varias clases de motivaciones. Tal vez algunas de éstas estén relacionadas con la salud, pero otras guardan relaciones remotas o no se relacionan en lo absoluto con la salud.

Consideramos, en primer lugar, las motivaciones relacionadas con la salud. Los testimonios de experiencias en diferentes países del mundo parecen demostrar que el comportamiento preventivo en salud está determinado por tres clases de suposiciones teóricas. Los estudios de IRWIN ROSENTOCK basados en la aplicación de la teoría de la motivación primeramente desarrollada por KURT LEWIN, han permitido definir estas tres clases de suposiciones. La primera se refiere al grado en que, en opinión de los individuos, un problema tiene probabilidades de afectarlos. La segunda es hasta qué punto creen que el problema tendría consecuencias inmediatas graves para ellos, si se les presentara. La tercera es hasta qué grado los individuos creen que existen medidas eficaces para contrarrestar el problema y que ellos pueden adoptar para reducir su amenaza. La persona que cree que es susceptible a una enfermedad, que el hecho de contraerla sería de gravedad y que existen medios eficaces de prevenirla o atacarla, es probable que tome alguna medida en defensa de su salud y la de los suyos; es menos probable que la tome la persona que no tenga una o más de estas creencias. Confirman este principio muchas experiencias relativas a programas de vacunación contra las principales enfermedades transmisibles capaces de ser prevenidas por este medio.

Pero también el comportamiento en salud puede estar determinado por factores que no guardan relaciones directas con la salud. Una clase importante de estos factores que influyen en el comportamiento en salud, es la que comprende los estímulos y presiones sociales que influyen efectivamente en los cambios deseables de comportamiento humano. Nuestras opiniones y comportamientos pueden ser modificados por la presión de normas establecidas, por grupos que representen algo importante para nosotros, tales como los grupos de referencia, los grupos pri-

marios (por ejemplo, la familia), los grupos de pares o iguales que tanta influencia tienen modernamente como agentes de socialización del individuo y cuyos miembros comparten muchas de las características del mismo, incluso algunas referentes a su salud.

Los factores determinantes de la decisión de los individuos para aceptar y participar en los programas de inmunizaciones, se pueden agrupar o categorizar en tres niveles principales: 1) del individuo; 2) de la comunidad y del sistema institucional de salud; y 3) factores sociohistóricos, en términos de las experiencias previas de la población con programas similares.

1. Factores individuales

Los factores de aprestamiento personal incluyen los motivos, las actitudes y las creencias de los individuos que, de uno u otro modo, afectan su deseo de adoptar una decisión voluntaria y la acción prescrita en relación con la vacunación contra enfermedades específicas. Como ya se vio, en este caso se identifican tres componentes del aprestamiento o disposición de una persona para hacerse vacunar o hacer vacunar a los suyos, a saber: a) el grado en que cree que puede ser susceptible a la enfermedad; b) la seriedad que atribuye a las consecuencias de la enfermedad, y c) su concepto acerca de la confiabilidad y seguridad de la vacuna disponible.

De lo anterior se desprende la importancia de la manera como el individuo percibe su susceptibilidad frente a la enfermedad. La variable susceptibilidad tal como es percibida por el individuo en riesgo, refiérese a la creencia de la gente y no a los hechos objetivos acerca de la incidencia de la enfermedad. El comportamiento es determinado más por las creencias que el individuo mantiene sobre la realidad que por esta misma; los individuos varían grandemente en sus interpretaciones acerca de la realidad.

La decisión para aceptar la vacunación es función no sólo de la susceptibilidad de contraer la enfermedad y de su seriedad como

la percibe el individuo, sino también de la clase de creencias que mantiene acerca de la confiabilidad y efectividad de la vacuna disponible. Si el individuo no confía en ellas, no aceptará la vacunación. En estudios hechos en diversos países, éste fue citado como uno de los principales factores adversos a la decisión de participar en el programa.

Las observaciones de CLAUSEN en California han sido confirmadas en muchos lugares como El Salvador, Honduras y Costa Rica, en el sentido de existir relación entre niveles de educación y decisión de las madres para aceptar la vacunación. Cuanto más alto es el nivel educacional, tanto más receptiva será la persona. Cualquiera que sea la exposición a los medios masivos de comunicación, la educación formal todavía ejerce un efecto favorable en la decisión de vacunar a los niños.

2. Factores comunitarios e institucionales

Hay una variedad de condiciones dependientes de las características de la población en su conjunto que influyen en la decisión de aceptar la vacunación. Merecen destacarse la presión y la conveniencia social. En efecto, hay mucha mayor comunicación e interacción entre personas que han sido consultadas, que entre aquellas que no lo han sido. Los dirigentes y personas claves de los diferentes estratos sociales ejercen influencia sobre las decisiones de los miembros de sus grupos respectivos. Por ejemplo, los sacerdotes y líderes religiosos, los maestros, los líderes naturales y los llamados líderes de opinión son elementos clave en cualquier programa. El médico tiene influencia en estimular a las familias para que vacunen a sus niños. El boticario tiene el mismo poder en muchas comunidades; similarmente, los agentes de salud del sistema tradicional comunitario en los países con población aborigen. Otro factor importante es la accesibilidad geográfica, económica y cultural de la población a los servicios de salud, así como la actitud que adopte el personal de estos servicios. Asimismo, el cumplimiento

de los horarios de atención al público y el aprovisionamiento constante de las vacunas y el equipo, y material de trabajo.

Los estudios muestran que muchas veces existe desconocimiento o mala información respecto al programa entre los grupos poblacionales, en especial aquellos con niveles de vacunación bajos.

3. Factores sociohistóricos

Es necesario tomar en cuenta las experiencias pasadas que ha tenido la comunidad con programas similares, que podrían ayudar a resolver problemas de falta de participación de la población.

El conocimiento de estos factores servirá para establecer la estrategia educativa que incluirá los objetivos educacionales expresados en términos de los comportamientos esperados de la población, los criterios de evaluación, los grupos de población prioritarios, las actividades a emprender, el calendario de trabajo, personal responsable y las técnicas o medios educativos a utilizar.

Lineamientos generales del componente educativo del programa

Debido al carácter intersectorial de la salud, el éxito de un programa de inmunizaciones depende de la acogida y cooperación de todos los sectores del Gobierno, así como el grado de organización de la comunidad y del desarrollo de los servicios básicos que atienden a la comunidad. De allí la conveniencia de constituir un Comité Nacional de Coordinación que garantice el aporte de todas las instituciones oficiales y voluntarias comprometidas, a la vez que sirva para proponer la mejor forma de implementar la programación de las actividades de educación y participación de la comunidad, anticipando posibles obstáculos y proponiendo adecuadas soluciones a los mismos.

En términos generales, no todos los individuos ofrecen la misma receptividad frente a las "campañas" de información. Cuando se

aumenta el flujo de información, de ordinario se suele ignorar que ésta debe estar de acuerdo con el interés y las necesidades específicas de los diferentes tipos de público que existen en la población. Esto es particularmente cierto en los países con dicotomía cultural, socioeconómica y lingüística y en los que predomina fuerte corriente de regionalismo o provincialismo, además de bajo índice de alfabetismo. Por otra parte, los individuos tienden a interpretar la misma información de modo diferente; sus deseos, motivos y comportamientos hacen que se produzcan amplias variaciones en la interpretación del significado de los mensajes y, por tanto, a que reaccionen de modos distintos. Una información por sí sola no siempre trae consigo un cambio de actitud.

En un estudio efectuado en Francia acerca del impacto de los medios de comunicación social en los programas de salud, BUHL, et al., encontraron que en la etapa inicial se conseguía rápida difusión de la información pertinente, con poca modificación del comportamiento de la población. Pero que inmediatamente después de finalizada la campaña publicitaria, dicho conocimiento era cuestionado por el público. Concluyeron que la comunicación social, al parecer, únicamente contribuye a crear conciencia del problema de salud, en vez de modificar el comportamiento de los individuos.⁶

La evaluación de la receptividad popular a campañas de inmunización masiva de la población en El Salvador y Honduras, así como otra similar acerca de lactancia materna en Costa Rica, confirman la aseveración anterior, basada asimismo en las enseñanzas recogidas en los programas de planificación familiar, en los cuales se ha hecho un uso extenso de los medios de comunicación social. De acuerdo con EVERETT M. ROGERS, a diferencia de lo que acontece en EUA, en los países latinoamericanos los canales de comunicación interpersonal, directa o cara-a-cara, son mucho más importantes que los medios de comunicación colectiva para difundir las innovaciones representadas por los programas de salud o las nuevas prácticas agrícolas. Por ejemplo, cuando se le pregunta a

un campesino acerca de cuál fue la fuente de información que lo indujo a adoptar una nueva práctica, con facilidad recuerda una conversación reciente con otro vecino, y es menos probable que recuerde un programa radial que se le recomendó meses atrás.⁷

El proceso educativo está orientado a crear un entendimiento y un compromiso: un entendimiento de la potencialidad del ser humano para contribuir a resolver sus problemas de salud; un compromiso para trabajar hacia lo que el individuo aspira ser, con la convicción que el cambio es posible.⁸

Es indudable que los medios de comunicación social constituyen una fuente valiosa de difusión de información y que representan un potencial enorme para educar y modificar el comportamiento de los individuos, familias y colectividades. El tiempo, la energía, las iniciativas y la imaginación que se consagran a su utilización serán siempre inversiones provechosas.

El planeamiento y realización de las actividades de comunicación social deben ejecutarse dentro de la programación del componente educativo de los programas de salud comunitaria, de modo que cubran los niveles nacional, regional y local. Cada nivel tiene diferentes necesidades y debe desempeñar funciones también distintas. Ningún nivel debe transferir al otro la función que le es propia. El personal de los servicios de salud habrá de responsabilizarse a trabajar con las familias y las comunidades del área de su influencia y convencer a los líderes locales para que apoyen las acciones de salud e influyan ante sus grupos.

Se consideran como medios de comunicación social el material impreso, la televisión, la radio, el cine, así como las formas folklóricas de comunicación, que al usar el arte popular ayudan a establecer buenos canales de comunicación acordes con el estilo de vida local y hablando al pueblo un lenguaje que le es familiar. Si se utilizan bien estos últimos medios, se provoca una respuesta, de modo que la gente no sólo entiende los mensajes del programa nacional de inmunizaciones, sino también identifica las nuevas ideas con dichos medios y las acepta como

si fuera algo suyo. Por ejemplo, si el personal de salud y los maestros que cooperan emplean con habilidad las historietas, los títeres, el teatro y los entretenimientos locales, pueden estimular al público para discutir las implicaciones de sus necesidades de salud mediante un diálogo con el personal de salud, para armonizar sus puntos de vista y las acciones que darán forma a la participación de la comunidad en las actividades del programa.

Las aseveraciones anteriores están en consonancia con los hallazgos de las investigaciones de ROGERS y otros acerca de la efectividad de varias combinaciones de modos de comunicación individual y colectiva para incrementar el conocimiento y estimular la necesaria modificación del comportamiento de los individuos y las comunidades en esta esfera, sacando provecho de la presión positiva del grupo para que sus miembros concurren y tomen parte en dichas actividades.

Etapas del proceso de educación y participación de la comunidad en el programa nacional de inmunizaciones

Movilizar gran número de personas en un ámbito nacional representa un proceso complejo en el que, con grandes ventajas, se pueden obtener los objetivos de incrementar la participación de la comunidad y de impartir adecuada información sobre el programa. Por eso resulta útil tener en cuenta las siguientes etapas:

1. Análisis o diagnóstico de la situación educativa

El administrador nacional del programa con el personal clave de los servicios de salud, en especial los de salud materno-infantil, epidemiología y educación para la salud, deben analizar el comportamiento que se espera de la población.

En esta etapa se trata de conocer la comunidad en que se trabajará, averiguando

el comportamiento de los individuos y grupos y precisando cuáles son los factores que les impiden adoptar las decisiones necesarias. Esta información es posible obtenerla mediante observaciones, entrevistas y estudios de terreno. Con unas cuantas preguntas a las personas que acuden a los servicios o son visitadas en sus domicilios, el personal podrá descubrir qué conocen acerca del valor de las vacunas, si tienen conceptos errados sobre ellas y si temen a sus reacciones locales en los niños. Se deberá también conocer cuáles son los valores establecidos, las creencias y aspiraciones de los miembros de la comunidad, así como su conocimiento acerca de los servicios de salud disponibles, los obstáculos o inconvenientes que pueden impedir que lleve a los niños a vacunarse y por qué medios de comunicación les llegan a los individuos las noticias locales y las de fuera.

2. Definición de los objetivos educativos del programa de inmunizaciones

Al establecer los objetivos educativos del programa, hay que tener en cuenta lo que ya saben los individuos, los procedimientos que aplican para prevenir las enfermedades y las barreras que se oponen a su práctica. Estos objetivos deben guardar estrecha concordancia con los objetivos generales del programa, ser expresados en términos del cambio de comportamiento deseable y basarse en las necesidades educativas de los diferentes grupos de población; v.gr., uno de los objetivos sería: lograr que 100% de los padres de niños menores de 6 años en la localidad comprendan, acepten y colaboren en las actividades de vacunación contra las enfermedades prevalentes en ese grupo de edad en la localidad. Otro objetivo educativo podría ser: obtener que los grupos organizados de la comunidad colaboren activamente para asegurar la vacunación de la población infantil susceptible de la localidad de acuerdo con el nivel útil establecido, por medio de la influencia de sus miembros clave y del trabajo voluntario de sus miembros.

bros en la sensibilización y movilización de los recursos de la comunidad.

Los datos que se recojan en el curso de encuestas, de entrevistas personales o de deliberaciones de grupo, pueden indicar que ciertos grupos de población tienen información acerca del valor de la vacuna para prevenir ciertas enfermedades, pero que se resisten a hacer vacunar a sus niños debido a sus creencias acerca del origen de las enfermedades, o que no están en condiciones de entender la relación entre la enfermedad y sus modernas medidas de prevención.

Al planear los objetivos, metas y estrategias del programa, la consulta con las autoridades nacionales, regionales y locales y con los representantes de instituciones vinculadas y de la propia población, facilitará la orientación de las actividades de acuerdo con la realidad. Si la población participa en la planificación de las mismas, sentirá más interés en utilizar los servicios de vacunación.

3. Programación de la acción educativa

Dentro de la programación es necesario dar prioridad a las actividades vinculadas con la preparación del personal, para que asuma las responsabilidades educativas en las poblaciones donde trabaja. Es necesario destacar el hecho de que el programa de inmunizaciones ha de basar sus actividades en la infraestructura de salud existente, o sea en los servicios generales de salud, incluyendo los servicios en el primer nivel de atención, que es el punto de entrada de la comunidad al sistema de salud. Las vacunaciones han de constituir una prestación esencial de estos servicios.

Para planear la formación teórica y práctica del personal, incluyendo la supervisión en lo referente a su trabajo con la comunidad, es indispensable definir claramente las funciones de promoción de cada categoría y precisar las actividades educativas que desplegarán en el ejercicio de sus responsabilidades en esta esfera.

Todo el personal de salud debe poseer conocimientos y habilidades para que, en sus

correspondientes niveles de trabajo, puedan influir favorablemente en el pueblo para que adopte decisiones correctas respecto al programa y lo apoye resueltamente.

Tanto la realización de reuniones periódicas como la publicación de órganos de información (boletines, hojas de información, memoranda, etc.), constituyen medios de mantener enterado al personal acerca de asuntos concernientes a su trabajo.

4. Actividades de orientación de grupos dirigentes nacionales

En el nivel nacional hay instituciones e individuos que adoptan decisiones de tipo político y que es necesario lograr que se interesen, aprueben y apoyen la ejecución de los programas de control de enfermedades transmisibles de acuerdo con la política nacional de salud. Entre estos dirigentes figuran, en primer lugar, las personalidades que ejercen funciones oficiales en la nación. En segundo lugar, están los que dirigen las actividades culturales, cívicas, sociales y laborales. Un tercer grupo está dado por las personas que, sin tener cargos gubernamentales, son respetadas e influyentes y se interesan por las necesidades y servicios de salud.

En algunos lugares, las personas que se interesan en la salud de la población pueden servir también como eficaces colaboradores voluntarios. A todas estas personas de los tipos descritos, el personal de salud habrá de captarlas y orientarlas para ganar su simpatía y apoyo al programa.

Es indispensable que exista un sistema capaz de hacer efectiva una decisión política para llevar al cabo el programa; además, ha de existir la posibilidad de coordinación del programa con las políticas de los demás sectores del gobierno, para lo cual es necesario una clara definición de objetivos, metas y estrategias. Esa decisión debe estar respaldada por asignación de recursos que hagan posible su cumplimiento.

Para obtener el apoyo de las personas e instituciones mencionadas, es conveniente programar actividades de orientación en

el nivel nacional, con objeto de promover el programa y ganar el apoyo del Estado y de la colectividad. Para ello es indispensable la creación de un comité nacional de coordinación, compuesto por representantes de instituciones que tienen dependencias u organismos que operan en los niveles regional y local. El objetivo central de este comité habrá de ser lograr que sus integrantes influyan en sus respectivas instituciones para que sus organismos regionales y locales respalden y participen en las actividades de información, educación y participación de la comunidad dentro del programa. Además habrá de organizarse un comité de publicidad del programa, que recibirá la orientación técnica del administrador del mismo y las directivas que emanen del comité nacional de coordinación para planear, ejecutar y coordinar todas las actividades publicitarias que sean requeridas en los niveles nacional, regional y local.

Es asimismo necesario buscar la colaboración de otros ministerios y organismos gubernamentales tales como el ministerio de educación y el de agricultura y los institutos de seguridad social.

Los establecimientos de enseñanza general representan un recurso de enorme valor que hay que saber utilizar a plenitud. Ha de buscarse el apoyo y la cooperación de las autoridades del ramo de educación para que los maestros reciban capacitación en salud, se refuerce la enseñanza de la salud en el *currículum* escolar y en los centros formadores de docentes, y las escuelas proyecten su acción educativa en la comunidad mediante actividades extramurales bien planeadas y ejecutadas en favor del programa. El ministerio de agricultura es otro importante recurso, pues mediante su red de extensión agrícola es posible entrar en contacto con importantes segmentos de la población rural. En los países donde existen los organismos nacionales de seguridad social, reforma agraria, desarrollo de la comunidad, Cruz Roja y otros afines son notables recursos que hay que sensibilizar y movilizar en apoyo del programa.

Otras instituciones de importancia son las asociaciones médicas y paramédicas cuya influencia en la esfera de la salud es grande en cualquier país; hay que buscar su respaldo para que no adopten una actitud hostil hacia el programa.

5. Actividades con instituciones y grupos en los niveles regional y local

Por tradición, en América Latina diferentes grupos de la población difunden información, intercambian puntos de vista y comparan patrones de comportamiento social de sus miembros. Son los individuos que se reúnen a comentar en los cafés, en las cantinas, o en la plaza principal del pueblo; las mujeres que chismorrear y propalan noticias en el pozo o en río mientras lavan la ropa o acarrear el agua para uso doméstico a sus hogares, o las que se reúnen para platicar o hacer compras, etc.

La acción educativa en salud dentro de la familia debe extenderse a todos sus miembros. Es en la familia donde se producen con mayor fuerza la transmisión de valores, ideales, significaciones y normas, de una generación a otra. Para ello deben aprovecharse todas las oportunidades y los medios de que se dispone. Es labor en la que deben cooperar los organismos de educación y de salud, la iglesia, y las instituciones propias de la comunidad, tales como los círculos educativos, las asociaciones de vecinos, etc.

La participación de la comunidad tiene lugar cuando las organizaciones y grupos comunitarios son conscientes de sus responsabilidades y posibilidades en la toma de decisiones y se orientan para tomar parte en las acciones conducentes a preservar la salud de sus niños mediante las actividades de vacunación. Se han de llevar al cabo diversas actividades, con objeto de enlistar la participación de los adultos y jóvenes en la consecución de las metas de vacunación establecidas.

La organización de la comunidad requiere buena coordinación de las actividades de las instituciones y grupos participantes, lo que

se logra mediante la capacitación de sus miembros, el mantenimiento de comunicación efectiva entre las instituciones que intervie-

nen y entre ellas y la comunidad, y la programación conjunta de las actividades educacionales.

REFERENCIAS

1. Comunicación personal del Dr. Alejandro de la Fuente, asesor de la OPS en dicha campaña.
2. DIAZ LIRA, G.; PONCE DE LEON, J. et al.: Evaluación de una película en una población andina del Perú. *Bol. Of. San. Panamericana*. Vol. XLIX, 4: 350, 1960.
3. SOLER, E.; ALFARO, C. et al.: *Boletín Of. Sanitaria Panamericana*. Vol. XLVII, 6: 520, 1959.
4. VALLEJO N.: Factores que intervienen en el comportamiento de la población y del personal de salud ante los programas de inmunización. Trabajo presentado en el Taller Interamericano sobre Vigilancia Epidemiológica y Control de la Poliomiélitis. México, D.F., 4-7 septiembre, 1978.
5. NIGHTINGALE, E.: Recomendaciones relativas a la formulación de una política nacional sobre vacunación antipoliomielítica p. 2, México, 1978.
6. BUHL, F. et al.: The mass media and health education: Reflections on effective usage in connection with national health education campaigns in France. *International Journal of Health Education*. Vol. XXI: 1678/4, p. 225.
7. ROGERS, E.M.: *Communication strategies for family planning*. New York The Free Press, 1973.
8. *Health Education with Special Reference to the Primary Health Approach: A background document of WHO regional office for the eastern mediterranean*. Kuwait, 1977.