

Health is, at the same time, the cause and the consequence of poverty. Africa witnesses this situation. The educational programmes related to health, and developed following the Ecca methodology in Africa, have been addressed, mainly, to the illiterate population. The radio, the team work, and the material (particularly prepared for this task) have become an appropriate and effective tool to reach larger populations at an appropriate cost. In the same way, the Ecca educational technology in the field of health has proved its efficiency to articulate actions among the different levels of service, institutions, social organizations, sections and territories.

HEALTH AND EDUCATION IN AFRICA

La santé est à la fois la cause et la conséquence de la pauvreté. L'Afrique en est le témoin. Les programmes d'éducation pour la santé, développées grâce à la méthodologie ECCA en Afrique, se sont dirigés fondamentalement à la population analphabète. La radio, le travail en groupes et le matériel spécifiquement préparé pour cette tâche ont constitué un bon instrument pour atteindre de larges populations et le rapport entre le prix de cet outil et son efficacité s'est révélé avantageux. De même, la technologie éducative de ECCA dans le domaine de la santé a démontré sa capacité pour articuler les actions entre différents niveaux de services, institutions, organisations sociales, secteurs et territoires.

SANTÉ ET ÉDUCATION EN AFRIQUE

SALUD Y EDUCACIÓN EN ÁFRICA

José Joaquín O'Shanahan Juan¹

La salud es, a la vez, causa y consecuencia de la pobreza. África lo testimonia. Los programas de educación para la salud, desarrollados con la metodología ECCA en África, se han dirigido fundamentalmente a población analfabeta. La radio, el trabajo en grupos y el material específicamente preparado para esta tarea se ha revelado como un buen instrumento para llegar a poblaciones más amplias con una muy buena relación entre el coste y la efectividad de la herramienta. Del mismo modo, la tecnología educativa de ECCA, en el campo de la salud, ha mostrado su capacidad para articular acciones entre diferentes niveles de servicios, instituciones, organizaciones sociales, sectores y territorios.

En el siglo XIX, cuando el Gobierno británico consultó al doctor *John Snow* sobre cómo solucionar los problemas epidémicos que se estaban produciendo en las poblaciones cercanas al río *Támesis* en *Londres*, la respuesta del padre de la *Epidemiología* fue categórica: la salubridad, la higiene y las condiciones de vida son responsables de esos males. El proceso salud/enfermedad está determinado socialmente y las acciones deben ser so-

ciales. Cuando el Gobierno alemán de *Bismarck* le consultó al profesor *Virchow* sobre cómo implementar un plan para mejorar la salud de la población de *Alemania*, el padre de la

Anatomía patológica fue también categórico: la salud no es un problema médico; la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política. Esto fue en el siglo XIX. Luego, en las primeras décadas del siglo XX, *Thomas McKeown* demostró empíricamente que la reduc-

La salud no es un problema médico; la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política

Estudios e informes

ción de las enfermedades infecciosas, salvo algunas excepciones, era el resultado de medidas sociales y sanitarias y no la consecuencia de la intervención biomédica (*Llambías Wolf, 2002*).

Condiciones de salud y desarrollo

Hace algunas décadas se tenía la certeza de que, a fines del siglo XX, la medicina y la ciencia iban a erradicar las enfermedades infecciosas, que los antibióticos terminarían por ganarles la guerra a las bacterias y que las vacunas controlarían las enfermedades víricas. Sin embargo, la realidad es otra y, desafortunadamente, *África* es testigo excepcional de las dramáticas consecuencias que tienen la pobreza y el deterioro de las condiciones de vida sobre la salud de su población.

Hoy sabemos, además, que la enfermedad no es sólo producto del estado de miseria en el que viven estos países; sino que, también, actúa como elemento limitador de las capacidades de los individuos y de sociedades enteras para escapar de la pobreza:

La enfermedad actúa como elemento limitador de las capacidades de los individuos y de sociedades enteras para escapar de la pobreza

"... para los pobres, su cuerpo es a menudo lo único que poseen de valor y, cuando el cuerpo está débil por culpa del hambre, la enfermedad o los accidentes, la familia entera puede hundirse en la miseria".
(Narayan, 2001)

La contribución que las intervenciones para promover la salud de la población pueden hacer para el desarrollo económico

fue el tema central del trabajo de la Comisión de Macroeconomía de la Salud de la *Organización Mundial de la Salud* (CMH, 2001). La promoción de la salud, por ejemplo, puede haber contribuido a tanto como a un tercio del "milagro

económico" del Este asiático (*Bloom & Williamson, 1998*). Por el contrario, el impacto del HIV/SIDA y de la malaria ilustran de forma especialmente dramática el largo alcance del daño económico que puede resultar de una pobre salud (*Sachs & Malany, 2001*). Se estima que la malaria está retrasando el crecimiento económico africano por encima del 1.3% anual (*Gallup & Sachs, 2000*); mientras que el HIV/SIDA está retrasando, de modo sustancial, el crecimiento económico en *África* y pue-

de elevarse a una pérdida equivalente al 2.6 por ciento del producto interior bruto en muchos de los países del África subsahariana (Bonnel, 2000). Como la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS indicaba, "el estado de salud parece explicar una parte importante de la diferencia en las tasas de crecimiento económico (entre países desarrollados y menos desarrollados) incluso después de controladas las variables macroeconómicas estándares" (Labonte, 2004).

Las tendencias actuales en la cooperación para el desarrollo del sector salud

Sin atención de salud, el control de enfermedad, que concentra la mayor parte del esfuerzo de la cooperación internacional en salud de los países industrializados en África, no tiene ningún impacto (Unger, 2003). Por otro lado, la ayuda de la cooperación internacional condiciona en gran parte la orientación de las políticas de salud de los países en vías de desarrollo, al significar una parte fundamental del presupuesto que se le dedica al sector (el 40%, aproximadamente, en Tanzania). Las tendencias que se observan en el desa-

rollo del sector, que están marcadas por el neoliberalismo y el positivismo de la ciencia, no se dan exclusivamente en los países en vías de desarrollo, sino que son una manifestación de la globalización neoliberal que se está instalando en los sistemas sanitarios de todo el mundo.

Consideramos que el *Sistema ECCA* (Emisora Cultural de Canarias-África) constituye una poderosa arma que, pensada y articulada estratégicamente como acción educativa, tiene un alcance que puede ir más allá de la fenoestructura del sector y de los procesos de acción en salud de las organizaciones que pudieran implicarse (O'Shanahan, 2004).

La educación para la salud y el Sistema ECCA

El desarrollo de la educación para la salud, desde la visión del *Sistema ECCA* de educación de personas adultas, se desarrolla de forma significativa a partir de los años 80 (Bello, 1987), con una trayectoria inspirada en los principios fundadores de la Emisora y coincidiendo con una amplia tradición en el campo de la

La ayuda de la cooperación internacional condiciona en gran parte la orientación de las políticas de salud de los países en vías de desarrollo

El problema es también que la gente trabaja demasiado y se cansa, o que está desempleada o que vive en condiciones miserables

promoción de la salud. La categoría conceptual de la que se parte en el nuevo planteamiento de la educación para la salud es la de que *el proceso de salud-enfermedad es un proceso biológico socialmente condicionado* y, por lo tanto, el problema no son sólo los microbios, la mala alimentación, los agentes cancerígenos o la condición hereditaria; sino, también, que la gente trabaja demasiado y se cansa, o está desempleada o que vive en condiciones miserables o en una constante situación de estrés, etcétera (Testa, 1993).

Por otro lado, en la forma tradicional de plantear la educación sanitaria, se parte del esquema cognitivo-afectivo y psicomotor:

- El nivel cognitivo se entiende como la etapa de información y conocimiento de un hecho o situación.
- El nivel afectivo se refiere a la interiorización y aceptación emotiva del mensaje. Tiene que ver con las actitudes.
- Por último, el nivel activo o psicomotor se relaciona con la conducta, que se manifiesta de

forma coherente con el mensaje recibido, acompañada de una actitud positiva hacia el mismo.

Este enfoque positivista, que se fundamenta en que la salud y la enfermedad están originadas por comportamientos y decisiones individuales, está avalado por una larga tradición dentro de la profesión médica; pero no tiene en cuenta el medio social en el que se desenvuelve el crecimiento y el desarrollo del ser humano, que dificulta o refuerza y, en definitiva, determina sus conocimientos, actitudes y conductas y, por lo tanto, las posibilidades de tales modificaciones y del proceso de salud-enfermedad. La misma experiencia de la participación y observación de fracasos y cambios en el proceso de salud-enfermedad, en distintos países y a lo largo de la historia, ha conducido a la superación por una nueva concepción de educación para la salud (*Bello Luján y O'Shanahan, 1987*).

El concepto de promoción de la salud, y dentro de ella la educación para la salud como metodología, se sustenta, por tanto, en la concepción de que la salud es producto de un amplio espectro de factores relacio-

nados con las condiciones de vida. Por eso, contemplamos las actividades de promoción de la salud como políticas públicas dirigidas a colectivos de personas y al ambiente -entendido en un sentido amplio de ambiente físico, social, político, económico y cultural-. De ese modo, contribuimos a crear condiciones favorables al desarrollo de la salud, al reforzar el poder y la capacidad de los individuos y de las comunidades.

En el debate sobre promoción de la salud y calidad de vida es necesario, por tanto, enfatizar el tema de las políticas públicas saludables, de la gobernabilidad, de la gestión social integrada, de la intersectorialidad, de las estrategias de los municipios saludables y del desarrollo local. Estos son mecanismos operacionales concretos para la realización de la estrategia de promoción de la salud y de la calidad de vida, con énfasis particular en el contexto de la filosofía y estrategia del desarrollo sostenible en el ámbito político/administrativo local.

La educación para la salud podemos, de este modo, entenderla como un "método de trabajo que se convierte en un instrumento imprescindible para *implicar* responsablemente al individuo y al grupo en las acciones

de defensa y promoción de la salud": obtener informaciones correctas y suficientes sobre el proceso individual de enfermar y proteger; ser capaz de analizar la propia realidad, la del barrio, de la escuela o del ambiente de trabajo; sacar deducciones en relación con las condiciones de vida y de salud; y actuar para transformar.

En consecuencia, superamos el enfoque que consistía en buscar la mejora de la salud por la modificación exclusiva de los comportamientos individuales y que no tenía en cuenta el medio. Asumimos la concepción, firmada por Alma Ata, que entiende el modelo de atención primaria como filosofía y estrategia y que se contrapone y convive con el modelo profesional-clínico-industrial de atención sanitaria hegemónico. Este último modelo se instala muchas veces gracias a la AOD (*Ayuda Oficial al Desarrollo*) del Banco Mundial y la Organización Mundial de Comercio y, en menor medida, de la Unión Europea y la *Organización Mundial de la Salud*. Por eso hacemos las siguientes observaciones:

Es necesario enfatizar el tema de las políticas públicas saludables

- Un modelo social de la salud percibe los límites del modelo profesional. Los individuos no son solo consumidores sino suminis-

Estudios e informes

tradores de prestaciones sanitarias, en la medida en que salud y enfermedad tienen un carácter no profesional orientado hacia la vida cotidiana.

- Un modelo social de salud es realista. El objetivo de la salud está en conflicto, no pocas veces, con la experiencia de gozo y felicidad de los seres humanos. Una vida que valga la pena ser vivida no puede ser valorada únicamente con un modelo de educación para la salud que controle socialmente el diseño, por parte de las personas, de su propia búsqueda de la felicidad.
- Un modelo social de la salud ve en la autogestión una expresión de la dignidad humana y una posibilidad de desarrollo. El autotratamiento es la primera forma de asistencia y todos los demás niveles de atención profesional son un complemento de aquel y tienen un papel de apoyo.
- Un modelo social de la salud implica aceptar que no sólo hay una única forma de tratamiento o de asistencia. En cada sociedad, incluso en las que están esencialmente por el modelo médico y profesional de la salud, encontra-

mos formas diversas de prestaciones sanitarias y, de hecho, las personas frecuentan a menudo varios sistemas que, en los países en vías de desarrollo, se corresponden fundamentalmente con la medicina tradicional. Un modelo social de la salud ofrece un papel de apoyo y, al mismo tiempo, consultivo a la educación para la salud. En palabras de *Lewis*, "se trata de una acción social sin control social". (*Kickbush*, I, 1984)

Por tanto, se asume que es necesario contribuir a la superación de los marcos educativos tradicionales de enseñanza-aprendizaje que aún caracterizan buena parte de los programas de educación para la salud y de formación de personal sanitario. Esta superación afecta no solamente al marco teórico que sustenta dicha práctica, sino también a otros factores como las vías a través de las cuales llega la información al alumnado, o por la forma en que el/la estudiante puede elaborar y construir nuevos conocimientos a partir de estas, para conseguir como resultado un aprendizaje significativo.

Un modelo social de la salud ofrece un papel de apoyo y, al mismo tiempo, de consulta a la educación para la salud

La vocación en la que se fundamenta el desarrollo de la Educación para la Salud del *Sistema ECCA* de radio radica en la consideración, incuestionable hoy, de que la construcción social de esta nueva "*cultura sanitaria*" -en los servicios y en la población, en la dirección de afirmarse como espacio de la salud y no exclusivamente de atención a la enfermedad- exige un proceso de cambio que se ha de dar dialéctica y simultáneamente en el *concepto de salud-enfermedad*, en el *paradigma sanitario* y en la *práctica sanitaria*.

Los objetivos en las acciones educativas con la metodología ECCA

Las acciones educativas en salud deben perseguir siempre, esencialmente, el mismo propósito general: la elevación del nivel de salud de la comunidad, a través del aumento de conocimientos y de su capacidad de organización, favoreciendo la democratización, descentralización y la autorresponsabilidad de su población en los problemas de salud.

Además, los programas de los cursos concretos han de formularse e implementarse de modo coherente con unos objetivos estratégicos, y/o principios, que apuntan al cambio social y de las organizaciones, más allá del resultado esperado en términos concretos o inmediatos, referidos a la problemática específica, como el grupo determinado de en-

fermedades o de factores determinantes del problema tratado; la seguridad alimentaria; problemas de salud prevalentes en la región; etc. Esos objetivos serían los siguientes:

- Favorecer la adquisición de conocimiento de los individuos sobre la salud y la enfermedad, el cuerpo y sus funciones, sobre la prevención de la enfermedad y los medios y cuidados para hacer frente a una situación dada. Como ejemplos podemos citar los casos de diabetes; malaria; salud materno-infantil; manipulación de alimentos; etc.
- Estimular el desarrollo comunitario y la organización de un sistema local de salud participativo y eficiente a través de la formación de agentes de salud y consejos de salud en el seno de las estructuras socio-comunitarias e institucionales existentes y/o emergentes.
- Promover, en los/las profesionales de la salud y/o educación y en los servicios de Salud pública, el desarrollo del componente de prevención y promoción de la salud de modo integral y participativo, como condición de eficacia en sus acciones.
- Capacitar al personal técnico local de Salud pública y Educación para la extensión de la cobertura de este curso y la aplica-

Estudios e informes

ción de dicha tecnología (ECCA) al resto del país y para otros temas.

- Tomar conciencia de la influencia que ejercen sobre el proceso salud-enfermedad los factores sociales, políticos y ambientales en general.

- Incrementar la habilidad de las personas para ganar poder sobre sus propias vidas y para facilitar la mejora de las relaciones y la estructura social en la que viven y trabajan.

- Contribuir a aumentar el nivel organizativo de la población para hacer frente de manera colectiva a los problemas de salud, aprovechando las infraestructuras sociales existentes o facilitando la creación de otras nuevas.

- Aumentar el grado de relación social entre las personas sujetas a los programas, como una forma de lucha contra la incomunicación, a través del diálogo, la discusión, el debate, la reflexión, la interrelación, etc.

- Contribuir al desarrollo del *Modelo de Atención Primaria de Salud - Modelo Social* - y, en particular, al desarrollo de una ma-

yor calidad asistencial y del componente comunitario y/o promotor de salud en los sistemas sanitarios locales.

- Aumentar el flujo de información entre personal sanitario y población sujeta al programa.

- Contribuir a desarrollar actitudes favorables a la alfabetización de la población.

- Aumentar la información y los conocimientos de ciudadanos/as y profesionales respecto al funcionamiento del sistema de salud y la comprensión de su organización y sus mecanismos de gestión y participación comunitaria (*Bello Luján y O'Shanahan, 1987*).

El método empleado, y que caracteriza al *Sistema ECCA*, combina la cla-

se radiofónica, grabada en lenguas nativas; la utilización de un material impreso con pictogramas adaptados a la población objeto del programa, para el seguimiento de la audición de radio; y, en tercer lugar, la reunión sema-

nal de grupos, donde se discute, en forma de taller, cada uno de los temas presentados en el material impreso.

Queremos incrementar la habilidad de las personas para ganar poder sobre sus propias vidas

En la implementación de los cursos, se promueve la captación de monitores/as, fundamentalmente "no expertos/as", y de alumnado en los distintos colectivos. Se orienta con criterios coherentes con la formación de grupos de activistas o agentes de salud por comunas o poblados, de acuerdo con la necesidad de articular a una sociedad civil desestructurada (de posguerra en algún caso), donde el Estado apenas tiene presencia, alrededor de sus problemas cotidianos de salud y en estrecha colaboración con los programas y profesionales sanitarios de los correspondientes niveles político-administrativos del sistema sanitario. El centro de interés, el de la salud, constituye una oportunidad para mejorar los conocimientos de la población en el manejo autorresponsable de sus problemas sanitarios y de los factores determinantes del desarrollo de su comunidad. Se puede abrir así un programa de amplia perspectiva alrededor de una problemática, la salud y la enfermedad, de gran capacidad movilizadora y generadora de consenso en cualquier sociedad y grupo de población.

Las acciones educativas desarrolladas

Las acciones educativas se han realizado a través de la producción e implementación de programas de

entre ocho y diez temas, dirigidos a la población adulta de la región destinataria del país en vías de desarrollo, que suele ser básicamente analfabeta, utilizando la metodología "tridimensional" de ECCA.

Los programas desarrollados, como "*Educación para la salud y participación comunitaria*", "*La manipulación de alimentos*" y "*La promoción de la salud materno-infantil*", fueron realizados en *Angola, Cabo Verde y Mauritania*, respectivamente, en colaboración con las administraciones de salud correspondientes (O'Shanahan, 2004). Se pretende con ellos reforzar el impulso de creación de un espacio nuevo, el desarrollo de servicios municipales que, en la práctica, presentan una gran debilidad. El funcionamiento eficiente y eficaz de estas estructuras descentralizadas es fundamental en estos países de *África*, en donde los factores determinantes ambientales y sociales de la salud (disponibili-

Pretendemos reforzar el impulso de creación de un espacio nuevo, el desarrollo de servicios municipales que presentan gran debilidad

Estudios e informes

dad de agua potable y tratamiento adecuado de excretas, alimentos, alfabetización, condiciones de vivienda, debilidad institucional, etc.) sólo pueden ser abordados desde una perspectiva interinstitucional e intersectorial, empleando tecnologías sanitarias y organizativas adaptadas a la estrategia de los sistemas locales de salud y con la plena participación de su población, como propugna la estrategia de *Salud para todos* de la OMS.

A partir del año 1998 y coincidiendo con una mayor preocupación de la sociedad canaria por la solidaridad con los pueblos de *África* y con el interés creciente de *España* por la cooperación con los estados africanos, se desarrollan dichos proyectos de educación para la salud (para su prevención y promoción):

- En *Angola*, con dos ediciones del curso "*Educação para a saúde e participação comunitária*" y un total de novecientos cincuenta (950) alumnos/as en ochenta y tres grupos.

- En el Archipiélago de *Cabo Verde*, con dos ediciones y mil quinientos cuarenta y cinco (1.545) alumnos/as en ciento cuarenta y

siete (147) grupos del curso "*A manipulação de alimentos*", dirigido a manipuladores/as de alimentos en municipios y empresas de turismo y restauración (DGAEA, 2002).

- En *Mauritania*, también con dos ediciones del curso dirigido a la promoción de la salud materno-infantil, "*Santé materno-infantile*", realizadas por mil doscientos setenta y un (1.271) alumnos/as distribuidos en ciento cuarenta y siete (147) grupos (ECCA, 2001).

ECCA realizó estos proyectos en colaboración con la ONGD *Médicos del Mundo* y, más tarde, en *Ecuador*, con *Enfermeras para el Mundo* (EPM, 2004), o de manera autónoma con el apoyo de instituciones de *Canarias* y/o de la *Agencia Española de Cooperación Internacional*. Además de la eficacia demostrada en todos esos proyectos y después de que el *Sistema ECCA* debutara en estas regiones de *África* con programas de promoción de la salud, se ha creado el *Instituto Radiofónico de Cabo Verde* dentro del acuerdo del *Gobierno de Canarias* con su *Ministerio de Educación*. Asimismo, en *Mauritania*,

En Mauritania, donde se comenzó con el programa de salud (...), hoy se trabaja en la alfabetización de personas adultas

donde también se comenzó con el programa de salud referido anteriormente, hoy se trabaja en la alfabetización de personas adultas y se avanza en la organización de la educación reglada de alumnado adulto, teniendo como referencia la propia historia, estructura y funcionamiento de la *Fundación ECCA*. En *Angola*, sin embargo, aún no ha podido concretarse lo que fue una experiencia pionera y eficaz. Las condiciones del país; la no consideración de país prioritario para el *Gobierno de Canarias*, junto con la carencia de medios propios de la misma *Fundación ECCA*, pueden haber influido en la falta de continuidad de aquel proyecto, que, por otro lado, ha sido demandado sin la adecuada formalidad por las autoridades de su Ministerio de Salud.

· **Curso "Saúde e participação comunitária" en Angola**

Realizado en *Angola*, fue un curso elaborado con la metodología *ECCA*, financiado por el *Gobierno de Canarias* y algunos municipios de este Archipiélago y desarrollado gracias a la colaboración de la ONG *Médicos del Mundo*, la *Dirección Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud de la República de Angola*, la *Delegación Provincial de Salud de Bengo* y la *Delegación Municipal de Salud de Dande*. El curso se enmarca dentro de un proyecto de *Médicos del Mundo* denominado "*Plan Estratégico*

El trabajo realizado conjuntamente hizo posible que el material respondiera fielmente a la realidad del contexto donde posteriormente se impartió el curso

para el Desarrollo del Sistema Local de Salud de Dande", que estaba financiado por la *Agencia Española de Cooperación Internacional (ECCA, 1999)*.

El curso se destinó a la población adulta analfabeta de la parte norte de la provincia de *Bengo*, en *Angola*.

El objetivo general del proyecto consistía en la "elevación del nivel de salud de la comunidad de *Dande y Bengo*, a través del aumento de conocimientos y de su capacidad de organización, favoreciendo la democratización, descentralización y la autorresponsabilidad de su población".

El programa de trabajo para los cuatro meses de estancia del personal técnico sanitario angoleño en las instalaciones de *Radio ECCA* en *Canarias* incluía la elaboración de material didáctico impreso, la grabación de clases radiofónicas y la planificación y animación de la acción tutorial posterior en el terreno. El trabajo realizado conjuntamente hizo posible que los esquemas impresos

La formación se centró en los conocimientos y técnicas de trabajo con grupos y en el papel del monitor/a facilitador/a

y las grabaciones de cada clase fueran una fiel reproducción de la realidad del contexto donde posteriormente se impartió el curso.

Para la fase de implementación, se dispuso de la asistencia de un técnico de ECCA de Canarias, que permaneció en Angola durante cuatro meses y que trabajó directamente con un equipo local. Este estaba formado por siete profesionales: dos técnicos de grado superior procedentes del nivel central del *Ministerio de Salud*; dos de grado medio procedente de la *Dirección Provincial de Salud Pública de Bengo*, además de tres auxiliares sanitarios procedentes de la *Dirección Municipal de Salud*. Estos realizaban la coordinación de los grupos y el apoyo a los monitores y monitoras para la realización de las actividades o talleres correspondientes en cada reunión grupal.

Se llevó a cabo un encuentro de formación de monitores/as de tres días con las cincuenta y siete personas que iban a actuar como tales acompañando a los grupos de participantes. La formación se centró en los conocimientos y técnicas de trabajo con grupos, en el papel del monitor/a - facilitador/a, etc. El despliegue

logístico para cubrir todo el territorio de la provincia exigió un gran esfuerzo que se evidenció a través del interés y de la aceptación demostrados por parte de la población cuando el equipo central comprobaba que, en los poblados, casi toda la comunidad estaba reunida alrededor del aparato de casete escuchando la clase y, además, participaba en las acciones o los debates del grupo.

Finalmente, se trabajó en cinco zonas por toda la provincia, con cuarenta y tres grupos y cuarenta y un monitores/as, con la participación de cuatrocientas cincuenta personas adultas, de las que el 82% eran mujeres (ECCA, 1999).

Después de esta experiencia, el equipo angoleño formado en el *Sistema ECCA*, produjo, grabó e implementó, con la ayuda de la ONGD *Médicos del Mundo*, una segunda edición mejorada con nuevos esquemas.

· **Curso de "Manipulación de Alimentos" en la República de Cabo Verde**

El curso "*A manipulação de alimentos*" se ha realizado en la *República de Cabo Verde* en dos ocasiones. Fue posible gracias a la colaboración de la *Agencia Española de Coope-*

ración Internacional; la Dirección General de Relaciones con África; el Servicio Canario de Salud del Gobierno de Canarias; la Dirección General de Alfabetización y Educación de Adultos (DGAEA); y la Dirección General de Salud (DGA) del Ministerio de Salud de Cabo Verde. (ECCA, 2000)

El curso se dirigió a profesionales que saben leer y escribir del sector de la alimentación, hostelería, cantinas escolares, mercados y a todas las personas que, en sus actividades diarias, tuvieran que estar en contacto directo con alimentos.

Para la capacitación y la producción del curso, dos profesionales cabo-verdianos se desplazaron a *Radio ECCA* en *Gran Canaria*, donde permanecieron dos meses y medio. Durante dicho período recibieron formación sobre el *Sistema ECCA* de enseñanza. Paralelamente, produjeron un curso de diez esquemas, grabaron las diez clases radiofónicas y programaron la ejecución del curso en *Cabo Verde*, que se desarrolló a través de las siguientes unidades didácticas:

- Manipuladores/as de alimentos
- Alimentación saludable y equilibrada

- Intoxicaciones alimentarias
- Vías de contaminación de los alimentos
- Leche, queso, yogur, pan y huevos
- Carnes, pescados y mariscos
- Frutas, verduras y agua
- Alimentos congelados
- Higiene de las instalaciones
- Requisitos personales

Para el desarrollo de los contenidos, se contó con la experiencia de casi veinte años de colaboración entre *Radio ECCA* y el *Servicio Canario de Salud*, organismo que acredita a aquellas personas que siguen el curso de *Radio ECCA* para el ejercicio de esta profesión en *Canarias*.

La experiencia de casi veinte años de colaboración entre ECCA y el Servicio Canario de Salud

En cuanto a su implementación, semanalmente se impartían dos unidades didácticas y se celebraba una reunión grupal. También tenía lugar una emisión abierta, en directo, con participación de alumnado, monitores/as y público.

La primera edición se llevó a cabo del 3 de mayo al 2 de junio de 1999. Se formó a cuarenta y siete monitores y monitoras y a ocho coordinadores/as para la implantación del proyecto. Participaron en el curso quinientos veintidós (522) alumnos

Estudios e informes

y alumnas de dos islas, de los "concelhos" de *Sal, Tarrafal, Praia, Santa Catarina y São Domingos*.

La segunda edición se realizó del 20 de mayo al 20 de junio de 2002. Se dirigió a mil (1.000) personas. Debido a las expectativas creadas, se inscribieron mil veintitrés (1.023) de las que fueron evaluadas novecientas sesenta y una (961), lo que supuso un índice de realización del 93.09%. En esta edición se completó la cobertura de ocho de las nueve islas habitadas, a excepción de *Brava*; y de catorce de los diecisiete municipios, con la excepción de *Sta. Catarina, S. Domingos y Brava* (DGAE, 2002).

Para su realización, además de los recursos financieros y materiales del proyecto, fue necesaria la implicación directa de ciento treinta y dos (132) profesionales de la *DGAEA* y de la *Dirección General de Salud* y uno de *Radio ECCA*: cuatro coordinadores/as centrales, veintiocho coordinadores/as locales y cien monitores/as.

· **Curso de "Santé materno-infantile" en Mauritania**

Fue realizado en *Nouadhibou*, auspiciado y financiado por el *Gobierno de Canarias* a petición de la ONG *Médicos del Mundo*, que realiza un

Proyecto de Cooperación para el Apoyo al Sistema Local de Salud de *Nouadhibou* junto al Ayuntamiento (Comuna) de *Nouadhibou*.

Queríamos elaborar un material didáctico dirigido a mujeres con un alto índice de analfabetismo

Las dos ediciones realizadas del curso se dirigieron, principalmente, a la población femenina de la periferia de la Comuna, dado que se inscribía en una estrategia de promoción de la salud materno-infantil. La precariedad

de la atención y la situación de del estado de salud de dichos grupos vulnerables justificaba la prioridad de dicho programa: la tasa de mortalidad materna al comienzo de la intervención era de mil doscientas (1.200) por cada cien mil (100.000) mujeres. Después de cuatro años de desarrollo del programa, en el que la formación de las mujeres adquiere una relevancia fundamental, este porcentaje descendió significativamente a trescientas (300) por cien mil (100.000).

Desde diciembre de 1999 a marzo de 2000, tres profesionales del Ayuntamiento de *Nouadhibou*, seleccionados por *Radio ECCA* y Mdm, se desplazaron a *Gran Canaria* para trabajar en las actividades necesarias para su capacitación, diseño y producción del curso (*ECCA*, 2001).

La tarea de producción tuvo como principales objetivos: elaborar un material didáctico dirigido a mujeres con un alto índice de analfabetismo; propiciar que el "corpus" del módulo estuviera presidido por la trilogía salud, consumo y medio ambiente; y conseguir que el programa tuviera como elemento integrador la participación comunitaria. Las clases se grabaron en hassanía, dialecto del árabe culto, y en francés; ya que el 30% de la población es negro-afri-cana y habla diversos idiomas como el *wolof*, *pular*, *soninke*, *bambara*, etc., pero entre ellos se entienden en un francés elemental. Una técnica de *Radio ECCA* se desplazó durante cuatro meses en cada una de las ediciones para la promoción, organización y asistencia técnica. La primera edición del curso se llevó a cabo del 29 de abril al 4 de julio, y la segunda del 16 de septiembre al 21 de noviembre de 2000.

Para la organización de los recursos humanos y materiales, se dividió la ciudad en cinco grandes zonas, coincidiendo aproximadamente con los barrios ya existentes. Se seleccionaron 10 coordinadores/as que trabajaron en grupos de dos, asignándo-

le así una zona a cada equipo de sector. A continuación, se seleccionaron 25 monitores/as divididos en grupos de cinco (27 en la segunda edición), correspondientes a los cinco grandes sectores.

Participaron en la primera edición del curso seiscientos cuatro (604) mujeres y seiscientos sesenta y siete (667) en la segunda, a razón de diez a dieciocho alumnas por grupo, con un total de cincuenta grupos en la primera edición y cincuenta y cuatro en la segunda. En total, participaron mil doscientas setenta y una (1.271) mujeres en las dos ediciones del curso.

El primer tema de la *participación comunitaria* y en el que se incidía en todos los esquemas, y/o clases, como punto de referencia para dar solución o prevenir los problemas de salud, propició la realización de varias actividades propuestas por las mujeres basándose en el esquema de cada semana: actividades de limpieza de sus barrios, conferencias sobre la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual, organización de varios grupos de mujeres para formar pequeñas guarderías, campañas de sensibilización

Se realizaron actividades de limpieza de sus barrios, conferencias sobre la planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual, organización de grupos para formar guarderías, etc.

Estudios e informes

zación sobre la prevención de enfermedades por los barrios, actividades sobre nutrición, manipulación de alimentos, etc.

Las clausuras de las dos ediciones del curso, eventos de gran valor en cada una de esas acciones y que apuntan al objetivo de la legitimación del plan, se celebraron en instalaciones cedidas por el Ayuntamiento.

Conclusiones en relación a las acciones educativas realizadas con el Sistema ECCA

En relación a los resultados de los cursos o programas de salud del *Sistema ECCA* realizados en colaboración con las diferentes instituciones, y en particular en la cooperación al desarrollo, hemos llegado a las siguientes conclusiones (*O'Shanahan, 2004*):

a. La efectividad de las estrategias de educación para la salud son mejores cuando se desarrolla la interacción de los grupos.

b. La utilización de la radio, en combinación con la interacción grupal presencial, ha demostrado una buena capacidad de cobertura y accesibilidad. Además, es una poderosa herramienta, de bajo coste, en la educación para la salud en territorios extensos y/o mal comunicados.

c. Constituye una tecnología efectiva para el desarrollo de programas y servicios cuando es necesario unificar criterios de acción entre diferentes niveles de los servicios, instituciones, organizaciones sociales, sectores y territorios.

"Es una poderosa herramienta política para el desarrollo de estrategias de poder en el proceso de cambios institucionales y sociales en cortos períodos de tiempo, con menores costes y mayor eficacia desde el punto de vista administrativo, técnico y de la necesidad de legitimación de los programas y organizaciones".



Notas

1. *José Joaquín O'Shanahan Juan*, co-titular de la Cátedra UNITWIN-UNESCO de Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

2. La evaluación del aprovechamiento se realiza con el índice de asistencia a los grupos y con los resultados del cuestionario para los cursos dirigidos a personas no analfabetas. En este último tipo de curso, o en otros en los que el/la participante no sabe leer y escribir o no se maneja bien con el cuestionario, como suele ocurrir en los realizados en África, o con pacientes en Canarias, el criterio fundamental es el de su asistencia a las reuniones de grupo, y se deja al monitor/a la consideración de apto o no apto en función de los conocimientos adquiridos. El aprovechamiento por el alumnado se certifica con un documento que tiene valor a efectos laborales, profesionales o académicos, según el caso, en Canarias.

Cuadro: Relación de cursos de salud realizados con el Sistema ECCA en proyectos de Cooperación al Desarrollo en Angola, Cabo Verde y Mauritania hasta el año 2004

| Ediciones N° | CURSO | ALUMNADO | | | GRUPOS | | |
|---------------------------------------|--|----------|----------------------|---------------------------------------|-------------------|----------------------|-------|
| | | Total | Promedio/ Edición | Aprovecha- miento ¹ (%) | % del alumnado | Promedio/ Edición | Total |
| PROGRAMAS REALIZADOS EN ÁFRICA | | | | | | | |
| 2 | Saúde e participação comunitária (Angola, 1998-1999) | 900 | 475 | -- | 100 | 43 | 86 |
| 2 | A manipulação de alimentos (Cabo Verde, 200-2001) | 1.545 | 772 | 94 | 100 | 73 | 147 |
| 2 | Santé materno-infantile (Mauritania, 2000-2001) | 1.271 | 635 | -- | 100 | 52 | 104 |

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los cursos.

Bibliografía

BELLO LUJÁN; O'SHANAHAN. "Salud para todos. Una experiencia en Canarias de educación para la salud como instrumento para la participación comunitaria". *Congreso Internacional de la Unión Internacional de Educación para la Salud*. Madrid, 1987.

BLOOM; WILLIAMSON. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia". *World Bank Economic Review*, 12(3): 419-55.

Relatório das actividades da 2ª edição do curso "A manipulação de alimentos". Direcção Geral de Alfabetização e Educação de Adultos. Direcção de Saúde. República de Cabo Verde, 2002.

1998-99. *Memoria del proyecto "Educação para a saúde e participação comunitária"*. Las Palmas de Gran Canaria: Radio ECCA, 1999.

RIERA; FRANCISCA. *Memoria "Santé et participation communautaire"*. Las Palmas de Gran Canaria: Radio ECCA, 2001.

Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Enfermeras para el Mundo. Manabí, Ecuador, 2004.

GALLUP; SACHS. "The economic burden of malaria". *Working Paper n° 52*, 2000.

HACKER; SACHS & MALANY (2002). "The economic and social burden of malaria". *Nature*, 2000, 415: 680-5.

UNGER; De PAEPE & GREEN. "A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries". *Int. J Health Planning and Management* 2003, 18: S27-S39.

KICKBUSH; I. 1984. *Congreso Internacional de la Unión Internacional de Educación para la Salud, 1984*. Dublin.

LABONTE; SCHRECKER; SANDERS & MEEUS. *Fatal Indiference: The G8, Africa and Global Health*. UCT Press. International Development Research Centre. Ottawa: 2004.

LLAMBÍAS; WOLF (2002). "Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado". *XII Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud*. Palma de Mallorca: Mayo 2002.

NARAYAN; D. "Consultations with the poor from a health perspective". *Development*, 2001, 44 (1): 15-21. Apud by Labonte, Schrecker, Sanders and Meeus: *Fatal Indiference: The G8, Africa and Global Health*. UCT Press. International Development Research Centre. Ottawa: 2004.

O'SHANAHAN *et alt.* *The ECCA System in distance education: an innovative technology as an instrument of health promotion and for institutional changes in Local Health Systems*. *XII IAHP Internacional Conference*. Durban, South Africa. June 6, 7 and 8. 2004.

TESTA. "Pensar en Salud". Buenos Aires. Lugar Editorial. 1993.