

LA EDUCACION PARA LA SALUD: FUNCION QUE DESEMPEÑA EN UN PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA ESQUISTOSOMIASIS

Herilton N. Celestin¹

La instalación de servicios de agua potable en lugares que carecían de ellos, necesita un programa de adiestramiento de la población para cumplir sus objetivos de salud. El trabajo describe una experiencia educacional en este campo.

Introducción

El Departamento de Investigaciones y Control del Ministerio de Salud constituye un servicio cooperativo establecido, en 1965, por el Gobierno de Santa Lucía,² la Fundación Rockefeller y el Consejo Británico de Investigaciones Médicas. Su finalidad consiste en investigar los procedimientos para combatir la esquistosomiasis. Se seleccionaron tres valles para evaluar, en cada uno de ellos, una medida de control distinta: el valle del Marqués, la quimioterapia; el valle de Cul-de-Sac, el control de los caracoles; el valle de Richefond, el abastecimiento de agua.

Durante 1970-1972 se instalaron sistemas de abastecimiento de agua en cinco comunidades del valle de Richefond (figura 1). En estas comunidades las casas fueron dotadas de conexiones a la red de agua potable. Dos comunidades disponían de lavaderos y duchas y, además, atendían las necesidades de los residentes de sectores situados a mayor altitud, donde resultaba antieconómico el abastecimiento domiciliario de agua. Asimismo en otras dos comunidades se instalaron piscinas de natación y recreo. Se recomendó a los residentes que utilizaran el agua de abastecimiento domiciliario y de otras instalaciones para todas sus necesidades domésticas, eliminando así el contacto

con agua de ríos y arroyos infectada de cercarias. Debían cumplirse las instrucciones para que la transmisión de la esquistosomiasis se interrumpiera. Con el fin de determinar los efectos del abastecimiento de agua y los cambios de conducta que producía, un antropólogo social estudió el comportamiento de la gente en relación con el agua, antes y después de la instalación del sistema de abastecimiento.

Como era de esperar, las instalaciones por sí solas no lograron la respuesta deseada en el comportamiento de los residentes, que seguían acudiendo a los ríos. En junio de 1972, este proyecto se combinó con un Programa de Educación de Salud, cuyo objetivo consistía en enseñar a los residentes a utilizar al máximo el servicio de abastecimiento de agua que se había instalado. A continuación se describe la planificación, ejecución y evaluación de este programa en el período de junio de 1972 a junio de 1975.

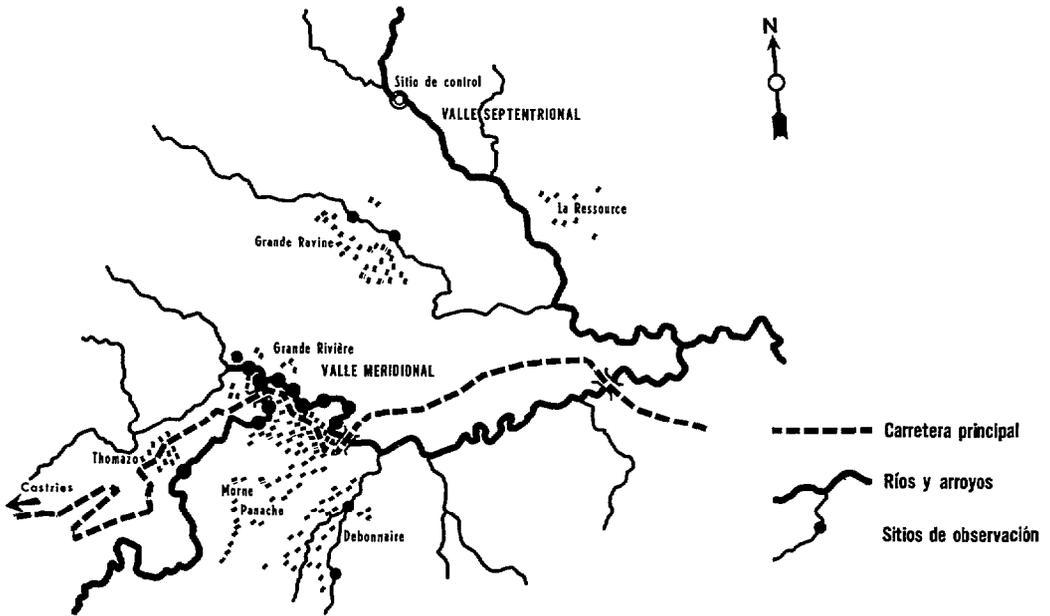
Principios generales

Los especialistas de la salud y los organismos interesados deben tener siempre presente que la salud es solo un elemento del bienestar general de una sociedad y que la educación para la salud representa uno de los factores de un buen estado de salud y de mejores condiciones sociales. Por consiguiente es preciso integrarla totalmente con factores sociales, económicos, de salud y de educación. La integración de estos servicios

¹ Educador de salud, Departamento de Investigación y Control de Santa Lucía.

² Estado asociado al Reino Unido, perteneciente al grupo de las islas de Barlovento, en las Antillas Menores.

FIGURA 1—Mapa del valle de Richefond, con indicación de los sitios de observación del contacto con el agua.



requiere una planificación muy amplia en la que deberán intervenir los usuarios que se verán afectados por ella. Si no se consulta con la gente y no se obtiene su participación son muy pocas las probabilidades de que un plan inspire comprensión, aceptación y apoyo activo; esto es lo primero que debe tener en cuenta el educador en salud.

El programa de educación para la salud

Cualquier programa de educación ha de tener por objeto proporcionar instrucción y experiencia sistemáticas a la población con el fin de que adquiera una disciplina mental que le permita tomar decisiones con responsabilidad. Con el objeto de que la provisión de agua fuera utilizada racionalmente y en todas sus posibilidades se puso en práctica un programa dirigido a dos sectores:

- 1) Un programa de educación para la salud en el medio escolar encaminado hacia el adiestramiento del elemento joven de la comunidad para motivar el ejercicio de buenas prácticas y hábitos de salud.
- 2) Un programa de educación para la salud en

el medio comunitario destinado a motivar un cambio de actitud en los adultos frente a los problemas de salud y promover la participación activa de estas personas en la prevención de enfermedades.

El programa de educación para la salud en las escuelas

En el valle de Richefond, como en la mayor parte de las demás regiones de Santa Lucía, la proporción de habitantes menores de 15 años es considerable (alrededor del 60%). Estos niños asisten a cuatro escuelas de la zona, organizadas en clases o grupos casi homogéneos, de acuerdo con la edad y habilidades escolares; cada clase está a cargo de un maestro quien permanece un año con el grupo. El es un elemento importante al que se puede recurrir para divulgar información acerca de la esquistosomiasis y para fomentar y hacer cumplir las medidas adoptadas en la lucha contra esta y otras enfermedades. Para preparar a los maestros en estos temas se organizaron seminarios especiales de capacitación dedicados al personal de tres de las

cuatro escuelas del valle, a las cuales concurrían los niños pertenecientes a las comunidades con abastecimiento de agua.

Durante los seminarios se observó que no existía relación alguna entre el plan de enseñanza para la salud en la escuela y las importantes necesidades de salud en la zona; en consecuencia hubo que preparar un programa de educación para la salud coordinado para su aplicación inmediata. Se presentaron trabajos sobre la esquistosomiasis, la ascariasis y las infecciones por *Trichuris* y anquilostomas, que constituyen las principales enfermedades parasitarias del valle. Estos temas iban acompañados de películas alusivas y seguidas de una discusión. Los seminarios terminaron en julio de 1972, inmediatamente antes de las vacaciones de verano, durante las cuales los maestros estudiaron los textos distribuidos para asegurarse de que habían adquirido la información correcta.

El programa de educación para la salud se inició en las escuelas al comienzo del año escolar 1972-1973; se instruyó a los niños acerca de la esquistosomiasis, en qué consiste; cómo se transmite; qué efectos causa; cómo se trata, y cómo puede prevenirse. El educador en salud preparó el plan de todas las lecciones. Cada plan indicaba el tema de la lección correspondiente, proporcionaba medios visuales y el material de lecciones anteriores que debía repasarse. El maestro quedaba en libertad de emplear el método didáctico que considerara más apropiado para sus alumnos y de introducir modificaciones para las escuelas primarias elementales. En el horario escolar figuraban dos

períodos semanales de media hora de enseñanza de la salud para cada clase, o sea un total de ocho períodos al mes. Todos los meses dos de ellos se dedicaban a la esquistosomiasis; uno, a otra helmintiasis y en los cinco períodos restantes, se trabajaba de acuerdo con el plan de educación en salud general.

Transcurridos seis meses desde la introducción del programa, se procedió a una encuesta para determinar en qué medida los niños habían asimilado la información recibida. Participaron en la encuesta seis escuelas que se dividieron en dos grupos: grupo I, formado por las tres escuelas incluidas en el programa de educación para la salud, y grupo II, constituido por otras tres escuelas del mismo distrito que sirvieron de grupo testigo.

Las seis escuelas se clasificaron también de acuerdo con la edad de sus alumnos: categoría I, que comprendía las escuelas primarias elementales con alumnos de 5 a 9 años de edad, y categoría II, escuelas primarias superiores a las que asistían niños de 9 a 14 años.

Se preparó un cuestionario diferente para cada categoría de escuela. Los maestros de las escuelas de la categoría I tenían que hacer el cómputo de una muestra sistemática de 10 alumnos por clase y registrar exactamente la respuesta de cada niño, ya que estos no dominaban la lectura y la escritura.

El mismo método se empleó para dos clases del primer ciclo de las escuelas de la categoría II que contestaron al cuestionario II, pero en el caso de las tres clases del segundo ciclo los alumnos contestaron sus

CUADRO 1—Resultados del cuestionario de los niños de 5 a 9 años de edad.

Grupos	Escuelas	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
		5-6 años %	6-7 años %	7-8 años %	8-9 años %
Escuelas con educación para la salud	Richefond	60	63	71	70
	La Ressource	—	73	65	68
Escuelas sin educación para la salud	Dernière Rivière	40	59	—	—
	Dennery	39	54	36	51

CUADRO 2—Resultados del cuestionario de los niños de 9 a 14 años de edad.

Grupos	Escuelas	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
		9-10 años %	10-11 años %	11-12 años %	12-13 años %	13-14 años %
Escuela con educación para la salud	La Ressource	79	82	45	53	47
Escuela sin educación para la salud	Dennery (de varones)	55	50	39	29	24

cuestionarios por escrito. En los cuadros 1 y 2 se presentan los resultados promedio por clase.

Según se preveía, los resultados indicaron que los alumnos de las escuelas incluidas en el programa de educación para la salud estaban más familiarizados con la esquistosomiasis y la ascariasis que los que asistían a las otras escuelas. En el 6° Informe Anual del Departamento de Investigaciones y Control, correspondiente al período de febrero de 1972 a julio de 1973, Peter Dalton, antropólogo social de dicho departamento, dice que "... empiezan a surgir los efectos del programa de salud escolar. En algunos sitios de observación no hubo cambios durante los cuatro primeros meses, pero cuando quedó terminado el lavadero comunal (Grande Rivière), y se llevó a cabo una campaña intensiva de educación para la salud, en esos mismos lugares se registró un cambio radical en los tipos de contacto de la población con el agua durante el último mes de observación, marzo de 1973 (figura 1). En las observaciones practicadas en siete días solo se registraron cinco contactos (una reducción de 99% en la frecuencia de contacto, en comparación con la situación anterior a las actividades de control)". Agrega que los niños empezaron a concurrir a las piscinas y que durante las vacaciones correspondientes al período de Pascua de 1973 por primera vez se estaban utilizando todas las piscinas.

Es opinión general que el programa de educación para la salud en las escuelas resultó muy satisfactorio en su primer año de existencia. Virtualmente habían cesado todas las formas de contacto con el agua fluvial con la

única excepción de las personas que vadeaban el río, principalmente en la época de la cosecha bananera. Durante ese período muchos niños ayudaban a sus padres a cargar la fruta hasta los lugares de venta, lo que suponía un breve pero frecuente contacto con las corrientes de agua. Se trató de que usaran botas de goma para esos trabajos pero la tentativa fracasó debido, en parte, al precio prohibitivo y a la imposibilidad de encontrar ese calzado en distintos tamaños. El lavado de la ropa, los baños y la natación en el río pasaron a la historia, en cambio los lavaderos, los baños y las piscinas comunales estaban muy concurridos. El espectáculo era alentador; había que reforzar la labor realizada y para ello lo mejor era repetir en el segundo año el mismo programa escolar que en el primero. Así se hizo, y al finalizarlo se realizó otra encuesta para determinar los beneficios adicionales que habían recibido los niños después del segundo año manteniendo constantes todos los demás factores variables. La diferencia entre los resultados de las dos encuestas tenía que ser una medida correcta del efecto de la instrucción en el segundo año.

El cuadro 3 muestra que los resultados en las escuelas primarias elementales después del segundo año de educación para la salud mejoraron de manera significativa en comparación con los del primero, según la prueba de *t*. También indica que, después del segundo año, los resultados de alumnos de escuela primaria superior no fueron mucho mejores.

Para entender la aparente falta de progreso en los niños de 9 a 14 años es preciso examinar los cuestionarios y las respuestas.

CUADRO 3—Comparación de los resultados obtenidos en niños después del 1° y 2° años de educación para la salud.

	1 ^{er} año, 1973	2° año, 1974
<i>Niños de 5 a 9 años de edad</i>		
Puntuación media asignada (%)	65.00	82.76
Desviación típica	17.48	13.75
Tamaño de la muestra	256	306
Prueba de <i>t</i> para la diferencia media		13.48
	(P < 0.001)	
<i>Niños de 9 a 14 años de edad</i>		
Puntuación media asignada (%)	56.45	58.11
Desviación típica	19.73	20.36
Tamaño de la muestra	379	544
	(No significativos)	

Los cuestionarios. El cuestionario I contenía 10 preguntas, las cuales se ajustaron a la capacidad conceptual relativamente limitada y a la poca experiencia escolar de los niños de 5 a 9 años. Cinco preguntas exigían marcar con un círculo la respuesta seleccionada, y cinco requerían una breve declaración. Cuando era necesario, las preguntas se formulaban de nuevo, de acuerdo con la capacidad de comprensión del niño y la exactitud de la respuesta observada.

Ya hemos descrito la administración del cuestionario II que contenía 15 preguntas, seis de las cuales ofrecían varias respuestas entre las que había que seleccionar la correcta, marcándola con un círculo; tres requerían la mención de nombres familiares y seis exigían una breve descripción del ciclo biológico del esquistosoma. Los contenidos de todas las preguntas se habían enseñado previamente.

Los interrogados. La escuela primaria superior de La Ressource es la única del valle de Richefond para niños de 9 a 14 años, y a ella concurren los alumnos que salen de tres escuelas primarias elementales. Por consiguiente las clases son muy numerosas y se distribuyen en secciones, de acuerdo con las aptitudes escolares del alumno. Los niños más inteligentes se reúnen en la sección A y son los que en el cuestionario se clasificaron con el puntaje más alto. Lamentablemente la

medida de sus esfuerzos se anuló parcialmente por la magnitud de la sección B, integrada por los alumnos atrasados. Estos últimos contestaron tan mal el cuestionario que se supuso tenían problemas de lenguaje; aparentemente encontraban dificultades para interpretar las preguntas y expresarse por escrito. Con el fin de verificar esta suposición se hizo una lista de 140 alumnos que obtuvieron el puntaje más bajo. De esta lista, se seleccionaron 76 al azar; la mitad de los niños de la muestra contestaron solos y por escrito el cuestionario I más sencillo; el educador en salud interrogó a la otra mitad acerca del cuestionario II y anotó exactamente la respuesta de cada uno. Los nuevos puntajes se compararon con los primeros y se procedió a la prueba de *t* de significado estadístico. Los resultados figuran en el cuadro 4.

Los resultados de las pruebas escritas del grupo I no revelaron diferencias significativas en el puntaje del cuestionario I y del cuestionario II. En cambio, cuando se interrogó oralmente con el cuestionario II al grupo II, este mostró un mejoramiento significativo en la puntuación en comparación con la prueba escrita del mismo cuestionario. Se llegó a la conclusión de que esta prueba por escrito no representaba realmente el conocimiento de los niños acerca de la esquistosomiasis debido a su limitada capacidad para comprender el inglés y expresarse en esa lengua (la pobla-

CUADRO 4—Comparación de los resultados obtenidos en los niños de 9 a 14 años de edad para determinar la magnitud del problema de lenguaje.

	Cuestionario II por escrito	Cuestionario I por escrito
<i>Grupo I</i>		
Puntuación media asignada (%)	33.15	37.10
Desviación típica	8.51	25.60
Tamaño de la muestra	38	38
Prueba de <i>t</i> para la diferencia media		0.90
(No significativos)		
<i>Grupo II</i>		
Puntuación media asignada (%)	34.56	47.05
Desviación típica	6.49	9.74
Tamaño de la muestra	37	38
Prueba de <i>t</i> para la diferencia media		6.51
(P < 0.001)		

ción de Santa Lucía es bilingüe, con predominio del francés "créole").

Publicaciones. Durante el período de 1972-1974 se publicaron dos folletos. El primero, titulado *You and Bilharzia*, describía el ciclo biológico del esquistosoma para refrescar los conocimientos impartidos en el programa de la escuela y contenía una breve explicación de la labor que realiza el Departamento de Investigaciones y Control. El segundo folleto, titulado *Compère Lapin Tricks the King*, fue la primera publicación de una serie de historietas (*Tim-Tim Stories*) en la que se trató de utilizar el folklore para instruir y motivar a los niños. Ambas publicaciones recibieron una gran aceptación y fueron también utilizadas por los maestros como material didáctico.

El programa de educación para la salud en la comunidad

Como complemento del programa escolar, se concibió un programa de educación para la salud en la comunidad, cuyos objetivos eran los siguientes:

- Utilizar al máximo los servicios de agua que se habían instalado
- Preparar a los padres para que en el hogar respaldaran la labor de los maestros
- Cambiar las actitudes y hábitos del adulto con

respecto a la salud para convertirlo en participante activo en la prevención de enfermedades.

La primera misión pública que se encomendó al autor en el programa comunal fue la ejecución de una encuesta para determinar la necesidad de construir un lavadero público en Grande Rivière. Se seleccionó este lugar porque era la población mayor de todas las que estaban abastecidas de agua y también la que mostraba el nivel más elevado de utilización de las aguas fluviales, a pesar de la instalación de tuberías domiciliarias (probablemente porque la proximidad del río contribuía a esa actividad).

La encuesta se llevó a cabo durante dos semanas y abarcó una muestra constituida por el 70% de las familias para cuya selección bastaba que estuviera presente en el hogar, en el momento de la entrevista, la persona adulta que se encargaba del lavado total o parcial de la ropa familiar. Estas personas contestaban un cuestionario previamente preparado y el encuestador anotaba las respuestas exactas. Cuando se tabularon las respuestas, se vio que el 95% de las familias utilizaba bastante agua de tubería para beber, para la higiene personal y fines domésticos generales. A pesar de este amplio uso del agua, solo 59% de los entrevistados manifestaron que no habían estado en contacto con el agua fluvial. En general se

trataba de personas de edad avanzada que atribuían sus dolores musculares y de las articulaciones a la exposición excesiva al agua fría durante la juventud. Algunas de ellas se mostraban complacidas con la instalación de las cañerías pues representaba una alternativa a la constante exposición al agua fría del río. Otras decidieron utilizar el agua de tubería en cuanto se enteraron de que el agua fluvial transmitía enfermedades. Por otro lado, un 41% reconoció que se servía del agua fluvial—exclusiva u ocasionalmente—para el lavado y el baño. Las razones aducidas para esta constante actividad en el río fueron las siguientes:

Pobreza. Algunas familias no podían costear la instalación de una bañera o una ducha que les permitiera utilizar plenamente el abastecimiento doméstico de agua.

Servicio deficiente. A veces en la cañería no había agua o esta salía sucia.

Incomodidad. El tipo de grifo "fordilla" de flujo limitado—utilizado para economizar agua—resultaba muy incómodo porque tenía que reactivarse con mucha frecuencia para que saliera el agua.

Costumbre. El hábito de lavar y bañarse en el río estaba muy arraigado porque ofrecía oportunidades de divertirse y de contar chismes.

Sobre la base de la información reunida en la encuesta, se construyó un gran lavadero e instalaciones de duchas en el lugar más conveniente, elegido entre los que la gente había sugerido, que estaba a la mitad del camino entre los sitios de observación H e I, mencionados por el Sr. Peter Dalton en su informe de los estudios sobre el contacto de la comunidad con el agua.

La encuesta aportó dos importantes beneficios marginales: permitió que el educador de salud conociera en su primera misión pública el 70% de las familias entre las que trabajaría, y ofreció una oportunidad para que los habitantes expresaran sus opiniones e impresiones sobre el servicio de abastecimiento de agua y participaran en la planificación de la construcción del lavadero.

Asimismo la encuesta reveló los hechos siguientes: la población tenía una idea muy vaga de la esquistosomiasis y su transmisión; solo unos pocos habitantes asociaban la enfermedad con el agua del río que por tanto tiempo habían utilizado y disfrutado y algunos pobladores consideraban que el lavado en el río era un procedimiento ideal.

A partir de esta modesta información se desarrolló el programa de educación para la salud en la comunidad. En las cinco comunidades se organizaron mensualmente funciones cinematográficas con dos películas recreativas e instructivas, basadas en el tema de la esquistosomiasis y del uso del agua de las instalaciones. El educador en salud trataba los mismos temas en charlas informales en las que participaba el público. Los líderes comunitarios prestaron su apoyo a este programa. Los esfuerzos de todos fueron recompensados con una inmediata reducción de las actividades en el río, aunque hubo remisos que se resistieron hasta que se inauguró el lavadero.

Refiriéndose a la reacción de las comunidades en su informe anual el antropólogo social resumía los resultados obtenidos diciendo que "...en general la respuesta durante esta fase, medida por la frecuencia de contactos, fue principalmente una reducción del lavado y los baños en el río, en comparación con los mismos meses en el período previo al control. Las conversaciones con los residentes indican que se han dado perfecta cuenta de los peligros que acompañan a la utilización de los ríos y arroyos locales; ya existen indicaciones que sugieren una preferencia por las instalaciones facilitadas, en especial el lavadero comunal...". Sin embargo, advierte que la comodidad y la costumbre siguen impulsando a algunos pobladores a continuar utilizando el agua fluvial.

En el segundo año el programa se concentró en el control y fortalecimiento de la labor en las escuelas y en la comunidad. Además de las funciones y charlas mensuales ya descritas, se utilizaron otros medios audiovisuales, entre ellos carteles preparados por

la unidad de salud local sobre el uso de botas de goma, higiene de las manos y de los alimentos, y utilización de las letrinas. Aunque el material producido en el extranjero no siempre logra el efecto deseado, pues no consigue reflejar las peculiaridades culturales de la región, las películas enviadas durante dos años por la Filmoteca para Ultramar de la Oficina Central Británica de Información (Overseas Film Library of the British Central Office of Information), reforzaron los procedimientos y técnicas locales y sin ellos los resultados hubieran sido menos halagadores.

Evaluación

Como ya se ha indicado, el propósito del programa de educación para la salud consistía en ofrecer instrucción y experiencia sistemáticas a la población a fin de que adquiriera una disciplina mental que le permitiera tomar decisiones con responsabilidad; esta decisión responsable consistía en la máxima utilización del abastecimiento domiciliario de agua, los lavaderos, baños y piscinas, evitando así la necesidad de entrar en contacto con agua infectada de ríos y arroyos. El resultado final sería la interrupción de la transmisión con lo cual se alcanzaría el objetivo primordial de la instalación de abastecimientos de agua. El tercer año se dedicó a evaluar en qué medida se había logrado el objetivo.

El programa de educación para la salud en las escuelas

Durante el año escolar de 1974-1975, las escuelas comprendidas en el programa quedaron en libertad de acción para preparar sus propios programas de salud. Así lo hicieron. Se vio que, además del repaso de lo ya aprendido sobre la esquistosomiasis, la tendencia fue introducir conocimientos sobre *Ascaris* y *Trichuris*, empleando información y material visual procedente del Departamento de Investigaciones y Control.

La experiencia confirmó un viejo principio:

una buena educación motiva siempre una acción. En este caso era imposible enseñar a los niños el debido uso de instalaciones sanitarias si estas no existían o eran deficientes. Para remediar esta situación los maestros, con el asesoramiento del Departamento de Investigación y Control y el educador en salud, llevaron adelante un movimiento que concluyó en la recomendación de que se construyeran las instalaciones requeridas en las tres escuelas durante el verano de 1975. La cuarta escuela, de construcción reciente, está dotada de las instalaciones apropiadas. Estos hechos son una muestra fehaciente de que se ha creado conciencia de un problema de salud y de que esta conciencia se puede traducir en una acción comunitaria.

El programa de educación para la salud en la comunidad

Como consecuencia de esta respuesta inmediata y favorable y de la desaparición de la resistencia a los nuevos hábitos cuando se inauguraron las instalaciones del lavadero y los baños de Grande Rivière, se construyeron instalaciones similares en todas las comunidades abastecidas de agua que todavía no contaban con ellas. Los resultados fueron igualmente extraordinarios. Así, en el plazo de dos años se había alcanzado el primer objetivo del programa de educación para la salud: terminar los contactos principales con las corrientes naturales de agua, con excepción del cruce del río; este contacto suele ser por lo general breve e irregular, no así durante la cosecha bananera en que la frecuencia es mayor y necesaria. Esta circunstancia no ha afectado en proporción significativa la incidencia de casos nuevos. Durante el tercer año, las comunidades actuaron con entera libertad. Durante ese año el educador en salud se limitó a presenciar los acontecimientos.

El resultado de sus observaciones indica que la costumbre, que es el factor más poderoso de rechazo del cambio de actitud hacia la utilización del agua, fue vencida

finalmente. El ritmo de ese cambio dependía de la eficacia de los servicios ofrecidos y el grado de satisfacción que producían.

Esta nueva actitud se ha logrado en las cinco comunidades abastecidas de agua del valle de Richefond. Los pobladores que al comienzo de la campaña de educación y de la instalación de cañerías volvían al río simplemente cuando el agua estaba un poco turbia, hoy no acuden a él sino en casos extremos y han soportado interrupciones prolongadas del abastecimiento. Esto pasó en Thomazo-Grande Rivière, donde a raíz de una avería, y pese a todos los esfuerzos por economizar el agua de los depósitos, estos se vaciaron. Recién entonces, después de tres días, comenzó la lenta marcha hacia el río, acompañada de una serie de protestas pero en cuanto se reanudó el servicio de agua se restableció el orden sin coacción alguna.

En un período de tres a cinco años se han ido instalando servicios de abastecimiento de agua en diferentes comunidades, las que en los últimos tres años han contado con la ayuda de la educación sanitaria. Las encuestas anuales de heces durante ese período indican una reducción rápida y constante de la incidencia de esquistosomiasis, la enfermedad ya ha llegado al umbral del control de la transmisión. Es decir, el proyecto de abastecimiento de agua ha alcanzado su objetivo final. Además, como la transmisión ha llegado a nivel tan bajo y no es probable la reinfección, se acordó administrar tratamientos a todas las personas que en la encuesta de 1975 resultaron infectadas. De esta manera se cierra el capítulo del control de la esquistosomiasis mediante la instalación de sistemas de abastecimiento de agua y otros servicios afines.

Resumen

El Departamento de Investigaciones y Control del Ministerio de Salud de Santa Lucía tiene por finalidad investigar los procedimientos de lucha contra la esquistosomiasis. Para ello, durante 1970 se seleccionaron tres

valles de la isla para evaluar distintas medidas de control. En el período 1970-1972, en cinco comunidades del valle de Richefond se instalaron sistemas de abastecimiento de agua; su objetivo era combatir las enfermedades transmitidas por el agua contaminada desterrando los contactos de la población con el agua de ríos y arroyos. Para que ese objetivo se cumpliera plenamente se estableció un programa de educación para la salud en dos direcciones; la escuela y la comunidad. Ambos contaron con la colaboración de un antropólogo social y de un educador en salud.

El programa escolar siguió los siguientes pasos: a) preparación de los maestros de determinadas escuelas; b) elaboración por parte del educador en salud de un programa destinado a los alumnos de las escuelas, y c) evaluación.

El programa de la comunidad comprendió estas etapas: a) encuestas a la población adulta para explorar frecuencias de contactos con el agua fluvial, opiniones, creencias, aceptación y rechazo de nuevos usos, y b) participación de la comunidad en la elección de servicios necesarios y lugares adecuados para su instalación.

Ambos programas fueron apoyados por funciones cinematográficas, charlas y debates, carteles e historietas en las que se utilizaban personajes y situaciones del folklore local.

Los sitios de observación, distribuidos en el valle, mostraron una constante y notable disminución de contactos de la población con el agua fluvial. La conciencia que había adquirido la población sobre el problema del contagio a través de las aguas infectadas se demostró cuando el abastecimiento de agua quedaba interrumpido por algún motivo: solo en casos excepcionales volvía a su vieja costumbre de acudir al río.

En un período de tres a cinco años se han instalado más servicios de agua corriente y las encuestas de las heces demuestran que la esquistosomiasis ya ha llegado al nivel de control de la transmisión. □

Role of health education in a schistosomiasis control program (Summary)

One of the purposes of the Research and Control Department of the Ministry of Health of St. Lucia is to investigate schistosomiasis control procedures. Accordingly, in 1970 three valleys of the island were selected as a means of evaluating different control measures. From 1970 to 1972, water supply systems were installed in five communities located in the Richefond Valley, the objective being to control water-borne diseases by discouraging the population from coming into contact with river and stream water. To ensure the attainment of this objective, a health education program was launched. It focused on the school and the community, and a social anthropologist and a health educator were assigned to both.

The school program was divided into three stages: training of teachers in certain schools; preparation by the health educator of a program intended for the schoolchildren; and evaluation.

The community program comprised two phases: survey of the adult population to ascertain how

frequently they came into contact with river water, opinions, beliefs, and acceptance and rejection of new practices; and community participation in the selection of necessary services and of suitable places for installing them.

Both programs were supported by film presentations, discussions, posters, and comic strips in which characters and situations drawn from the local folklore were used.

From observation posts set up throughout the valley, a continuing and substantial decline in population of river water contacts was reported. The population demonstrated the awareness of contagion caused by infected water whenever the water supply was interrupted for any reason. Only on exceptional occasions was there any return to the former custom of using river water.

Over a period of three to five years additional water supply services have been installed. Stool examinations show that the transmission of schistosomiasis has been brought under control.

A educação para a saúde. Função que desempenha em um programa de combate à esquistossomíase (Resumo)

Na ilha de Santa Lúcia, a pesquisa dos procedimentos de combate à esquistossomíase cabe ao Departamento de Pesquisas de Controle do Ministério de Saúde. Para avaliar diferentes medidas de controle, escolheram-se em 1970 três diferentes vales da ilha. No período 1970-1972, instalaram-se cinco sistemas de abastecimento de água em igual número de comunidades do vale de Richefond, com o objetivo de combater as doenças transmitidas pela água contaminada, interrompendo-se o contato da população com as águas de rios e riachos. Para o pleno cumprimento desse objetivo estabeleceu-se um duplo programa de educação sanitária que abrangeu as escolas e a comunidade. Ambos os programas contaram com a colaboração de um antropólogo social e um educador sanitário.

O programa escolar baseou-se nas seguintes diretrizes: a) preparação dos professores de determinadas escolas; b) elaboração, pelo educador sanitário, de um programa destinado aos alunos das escolas; e c) avaliação.

O programa comunitário compreendeu as seguintes etapas: a) pesquisas entre a população

adulta para explorar a frequência dos contatos com a água fluvial, registrar opiniões e crenças e determinar a aceitação ou a recusa de novos usos; e b) a participação da comunidade na escolha dos serviços necessários e dos locais adequados para sua instalação.

Ambos os programas foram apoiados por sessões cinematográficas, palestras e debates, cartazes e histórias em quadrinhos em que apareciam personagens e situações do folclore local.

Nos locais de observação, distribuídos pelo vale, constatou-se uma constante e acentuada diminuição de contatos da população com a água fluvial. A consciência adquirida pela população sobre o problema do contágio através das águas infectadas ficou comprovada quando o abastecimento de água se interrompia por determinado motivo: somente em casos excepcionais as pessoas retomavam o antigo hábito de recorrer ao rio.

Em três a cinco anos ampliaram-se os serviços de água corrente e os exames de fezes demonstram que a esquistossomíase já chegou ao nível de controle da transmissão.

L'éducation sanitaire: Son rôle dans un programme de lutte contre la schistosomiase (Résumé)

Le Département des recherches et du contrôle du Ministère de la Santé de Sainte Lucie a pour but d'enquêter sur les méthodes de lutte contre la schistosomiase. A cet effet, il a sélectionné en 1970 trois vallées de l'île pour y faire l'évaluation de diverses mesures de lutte. Entre 1970 et 1972, il a installé dans cinq collectivités de la vallée de Richefond des réseaux d'adduction d'eau pour combattre les maladies transmises par l'eau polluée, interdisant tout contact de la population avec les eaux de rivières et de ruisseaux. Désireux d'atteindre pleinement cet objectif, le Département a créé un programme d'éducation sanitaire à deux niveaux: l'école et la collectivité, qui ont tous deux pu compter sur le concours d'un anthropologue social et d'un éducateur de la santé.

Le programme scolaire a suivi la trajectoire suivante: a) préparation des maîtres de certaines écoles; b) élaboration par l'éducateur de la santé d'un programme destiné aux élèves des écoles; et c) évaluation.

Le programme de la collectivité comprenait les étapes ci-après: a) enquêtes auprès de la population adulte pour déterminer la fréquence des contacts avec les eaux fluviales, les opinions, les cro-

yances, l'acceptation et le rejet de nouveaux usages; et b) participation de la collectivité au choix des services nécessaires et des lieux appropriés de leur implantation.

Les deux programmes ont été appuyés par des séances de cinéma, des causeries et des débats, des affiches et des historiettes dans le cadre desquelles étaient utilisés des personnages et des situations du folklore local.

Répartis dans la vallée, les sites d'observation ont fait état d'une diminution constante et notable des contacts de la population avec les eaux fluviales. La prise de conscience acquise par la population du problème de la contagion que provoquent les eaux infectées s'est manifestée au grand jour lorsque l'adduction d'eau était interrompue pour une raison ou une autre. Sauf cas exceptionnels, la population n'en revenait pas à sa vieille habitude de boire l'eau de la rivière.

Sur une période de trois à cinq ans, le Département a installé un nombre élevé de services d'eau courante tandis que les études des matières fécales révélaient que la schistosomiase est déjà arrivée au niveau du contrôle de la transmission.