

# ESTUDIO DE BASE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES NACIONALES EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD



MANOFF GROUP INC.



El Consorcio de Universidades es una asociación sin fines de lucro conformada por cuatro universidades privadas del Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad del Pacífico y Universidad de Lima.

El Consorcio de Universidades se propone, en primer lugar, contribuir al perfeccionamiento institucional mediante la autoevaluación del proceso formativo y las actividades inherentes a él, como son la docencia, la investigación y la proyección social. De este modo, se busca mejorar la calidad de las instituciones y formar recursos humanos calificados.

Se pretende beneficiar, mediante la transferencia del conocimiento, a los profesores y alumnos de cada una de las universidades del Consorcio y simultáneamente a las distintas organizaciones de la sociedad civil.

Asimismo, es objetivo del Consorcio coordinar programas conjuntos de investigación básica y aplicada, así como proyectos de desarrollo en el marco de la proyección social universitaria. Para esto, otorga prioridad a la capacitación de los agentes de desarrollo y promueve alternativas viables de solución a los principales problemas del país.

**Estudio de base para el fortalecimiento de las  
Capacidades Nacionales en Comunicación  
y Promoción de la Salud**

Estudio de base para el fortalecimiento de las  
capacidades nacionales  
en comunicación y  
promoción de la salud

# Estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación y promoción de la salud

Estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación y promoción de la salud

*Estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación y promoción de la salud*

Primera edición: enero de 2004

Consortio de Universidades

Plaza Francia, 1164. Lima

Teléfono: 425-0422

Correo electrónico: [info@consorcio.edu.pe](mailto:info@consorcio.edu.pe)

Dirección URL: <http://www.consorcio.edu.pe>

Derechos reservados. Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

ISBN: 9972-704

Hecho el Depósito Legal: 1501162004-0529

Ley 26905 Biblioteca Nacional del Perú

Impreso en el Perú - Printed in Peru

# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| PRESENTACIÓN   | 7   |
| INTRODUCCIÓN   | 9   |
| Producto 1: <i>Necesidades de capacitación en comunicación y promoción de la salud</i>   | 13  |
| Producto 2: <i>Estudio de necesidades de información para un centro de documentación en comunicación para la salud</i>   | 41  |
| Producto 3: <i>Estudio de capacidades existentes en instituciones de formación y capacitación, para entrenar a profesionales en comunicación y promoción de la salud</i> | 57  |
| Producto 4: <i>Estudio sobre lecciones aprendidas en programas de promoción, comunicación, educación y participación comunitaria de la salud</i>                         | 77  |
| Producto 5: <i>Estudio sobre recursos de comunicación</i>  | 155 |
| Producto 6: <i>Propuesta de fortalecimiento de las capacidades nacionales y regionales para desarrollar programas de comunicación y promoción de la salud en el Perú</i> | 183 |

## PRESENTACIÓN

El concepto de Comunicación en Salud se ha convertido en un eje básico de la preocupación por el desarrollo en nuestros países. Alrededor de él giran diversos aspectos centrales de esta problemática, como ciudadanía, equidad, calidad de vida, bienestar y felicidad. El enfoque que se ofrece pretende superar la manera como históricamente se ha abordado la salud en el Perú, entendida desde percepciones negativas y extremas, como la enfermedad y la muerte. El objetivo es devolver a las personas la capacidad de manejar su salud y desarrollar estilos de vida saludables desde un enfoque reflexivo, positivo y crítico.

Bajo esa nueva perspectiva, el Consorcio de Universidades desarrolló entre marzo y setiembre del año 2002 el proyecto de investigación titulado «Estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación y Promoción de la Salud», que aquí presentamos. Este Estudio contiene seis capítulos, denominados «Productos», cada uno dedicado a distintos aspectos de la Promoción y Comunicación para la Salud. El propósito de la investigación fue trazar líneas de acción de largo plazo, orientadas en general a contribuir a una vida saludable desde nuevos discursos y nuevas propuestas de acción. Los resultados obtenidos en los productos permitieron diseñar programas de formación de recursos humanos y de acción integrada y sostenible.

El Consorcio de Universidades recibió para esta investigación el apoyo del Proyecto Change/AED-Grupo Manoff, y el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las regiones seleccionadas para el estudio fueron Ayacucho (provincias de Huamanga, Huanta y La Mar), Cuzco (provincia de La Convención, distritos de Pichari, Quimbiri y Vilcabamba), La Libertad, Junín, Huánuco, Pasco, San Martín, Ucayali y Lima. El equipo de trabajo estuvo conformado por profesores e investigadores de las cuatro universidades del Consorcio de Universidades. El Producto 1 lo tuvo a su cargo Humberto Castillo, profesor de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; del Producto 2 se encargó Hugo Aguirre, profesor de la Facultad de Ciencias y Artes de la Comunicación de la Pontificia Universidad Católica del Perú; Rocío Valverde, profesora de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia tuvo a su cargo el Producto 3; el Producto 4 fue trabajado por Estela Roeder, profesora de la Facultad de Comunicaciones de la Universidad

de Lima; y el Producto 5 por Ana María Cano, profesora de la Facultad de Comunicaciones de la Universidad de Lima. En la elaboración del Producto 6 participó todo el equipo.

La coordinación general del proyecto fue responsabilidad del Consorcio de Universidades y se tuvo como colaborador externo a Silvio Waisbord, consultor del Proyecto Change/AED/USAID.

Con ocasión de esta publicación, el Consorcio de Universidades expresa su convicción de que las urgentes necesidades de salud del Perú, y de la región en general, reclaman de las instituciones de educación superior una iniciativa meditada y concertada, que apunte a la creación de una cultura de valores en la que sobresalgan el respeto a la vida y a la dignidad de la persona humana como pilares fundamentales del desarrollo y el progreso.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han hecho posible esta publicación. Agradecemos a Elizabeth Fox de USAID-Washington; a Richard Martín, Jefe de la Oficina de Salud de USAID-Lima y a todo su equipo de profesionales y asistentes; a Silvio Waisbord y el personal de apoyo de la oficina de AED en Washington; a nuestros invitados al Taller de Expertos: Jennie Vásquez de la OPS, Víctor Zamora de DFID, Mariluz Pérez del Proyecto 2000, María Luisa Wiegold de UNICEF, Rosa María Alfaro de Calandria, Marie Sprungli de Kallpa y Walter Neira de FELAFACS; a los profesores Sandra Vallenás, Jeannine Anderson, Elsie Finseth, Pedro Salvatori de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Edwin Peñaherrera y Emma Rubín de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Rafael Cortez de la Universidad del Pacífico, María Teresa Quiroz de la Universidad de Lima, Patricia Poppe y Carla Queirolo de la Johns Hopkins University; desde luego, a los investigadores del Consorcio de Universidades ya mencionados, y a sus asistentes: José Pablo Vílchez, Jorge Vergara, Zulema Burneo, Judy Núñez y Claudia Cáceres; a todas las personas entrevistadas durante la investigación, que por su número nos es imposible mencionar de manera singular, pero sin cuya colaboración no se hubieran logrado estos resultados; al equipo de la oficina del Consorcio de Universidades, conformado por Rosario Bernardini, Margarita Salazar, Jessica Bendezú y Ricardo Ugaz; y finalmente a quienes tuvieron a su cargo la corrección del texto y el cuidado de la edición: Rosario Bernardini y Ursula Carrión.

Luis Bacigalupo  
Presidente del Consejo Directivo del  
Consorcio de Universidades



# INTRODUCCIÓN

Sabemos que el concepto de desarrollo no es unívoco. Desde que cobrara vigor en el período de pos-guerra, ha habido un sinnúmero de debates al respecto. Más allá de la persistente discordia sobre el significado del desarrollo, rara vez se pone en duda que el desarrollo implica el fortalecimiento de las capacidades de comunicación de una comunidad. Sin capacidad local, no hay desarrollo posible.

Se ha sostenido con plenos argumentos válidos que desarrollo implica la existencia de condiciones para una comunicación participativa que tenga a las comunidades como protagonistas en discusiones y decisiones sobre temas de interés público. Podemos diferir en algunas precisiones, pero desarrollo democrático y empoderamiento comunitario remiten a la misma idea: sin este último, no hay posibilidad de desarrollo sostenible. Desarrollo no es el resultado de acciones y saberes impuestos desde afuera, sino compartidos y definidos como propios a nivel local.

La salud continúa siendo uno de los temas fundamentales en procesos de desarrollo. Desafortunadamente, a pesar de sustanciales mejoras y los impresionantes avances tecnológicos y bio-médicos, los problemas de salud básicos persisten y conspiran contra las posibilidades de un desarrollo humano en América Latina. A pesar de reiterados esfuerzos a nivel regional y nacional, los índices de mortalidad y morbilidad infantil y materna, por ejemplo, siguen siendo alarmantes. No es un problema de falta de herramientas médicas para reducir o poner fin a enfermedades que son responsables por miles de muertes anuales. Problemas estructurales como la pobreza, exclusión social, deficiencias de la infraestructura sanitaria y médica, y presupuestos bajos son responsables de muchas de las dificultades.

Otro factor importante que contribuye a los problemas es la limitada capacidad para atender y cambiar prácticas sociales que existen en temas de salud (desde la mortalidad materna en el parto hasta infecciones trans-

mitidas sexualmente). En este sentido, el fortalecimiento de la comunicación para una ciudadanía saludable sigue siendo uno de los objetivos principales de programas de desarrollo. Sabemos que el mejoramiento de las condiciones de salud no es simplemente una cuestión de construcción y mantenimiento de una infraestructura de salud. Más allá de que la oferta de servicios e instalaciones resulte de decisiones oficiales o consultas y acuerdos con las poblaciones, beneficie a una minoría o atienda las necesidades de las mayorías, o solo se ocupe de algunas prioridades momentáneas más que de preocupaciones de larga data, no garantiza una «ciudadanía en salud». Esta última es una cuestión social más que puramente técnica.

La comunicación cumple un papel fundamental que no debe ser ignorado o subsumido en la idea que basta tener una infraestructura médica para que las condiciones de salud automáticamente mejoren. Sería absurdo negar la importancia de esta última, pero hay que reconocer que por sí sola no es suficiente. Debe ir acompañada de políticas que apunten la educación y la comunicación en salud. También es necesario remarcar que la comunicación juega un rol fundamental en el proceso a través del cual se toman decisiones sobre qué servicios de salud se ofrecen y financian, en qué poblaciones, cuál es su calidad y cuestiones similares. La comunicación no solo se vincula con las acciones que afectan las políticas de salud sino también las prácticas cotidianas en salud.

Las universidades cumplen una labor fundamental en fortalecer la comunicación en salud hacia un desarrollo sostenido. Sus contribuciones son múltiples: llevar a cabo investigación de base; difundir resultados a nivel académico y popular; catalizar el debate sobre el diseño de políticas de comunicación en salud; formar recursos humanos ya sea tanto en salud como en comunicación; y apoyar programas de comunicación que generen condiciones para el intercambio de información entre distintos grupos. Sin comunicación e información, sin oportunidades de intercambiar distintos saberes y prácticas sobre la salud y lo saludable, es difícil pensar en una ciudadanía saludable. Porque genera «saber que se expande,» tal como propone el Consorcio de Universidades del Perú, la universidad es un ámbito ideal para investigar y formar recursos en comunicación en salud.

Este libro recoge los resultados de una investigación sobre los recursos y necesidades en formación en comunicación en salud que el Consorcio de Universidades realizara en el 2002. Los capítulos describen cuidadosamente la larga y rica experiencia en esta área en el Perú, experiencia que hasta ahora ha estado dispersa en estudios aislados y en la memoria de sus practicantes. Se ofrece un diagnóstico afinado y minucioso de las asignaturas pendientes y de los recursos con que se cuenta y que se necesitan. A efectos que intervenciones futuras sean fructíferas es necesario tener un

cuadro de situación que ayude a identificar posibles cursos de acción. Con ese fin, el volumen propone una valiosa hoja de ruta para fortalecer las capacidades basado en las recomendaciones y expectativas de los actores en distintos niveles.

La información recogida es importante no solo porque captura un momento vital de transformaciones en la salud pública del Perú, sino también porque presenta testimonios francos de un abanico de profesionales de distintos puntos del país. El libro obliga a expandir la mirada a todas las poblaciones del Perú, sus condiciones, sus prácticas, y sus culturas médicas; pone en relieve el fecundo encuentro entre tradiciones académicas y culturales de entender la salud y el cuerpo; mira críticamente el dogma que hay sujetos sociales que «saben» y que «no saben» sobre salud; y nos obliga a replantear varias premisas sobre la salud y la comunicación, y a profundizar los análisis e intervenciones sobre el entramado de acciones y saberes en el país.

El fortalecimiento de capacidades, como herramienta fundamental de políticas de salud y desarrollo, no debe reducirse a series ocasionales de seminarios y talleres que solo «bajan» información y que se producen de forma aislada de los contextos de trabajos donde esos saberes pueden ser implementados. El «saber que se expande» también implica la formación de recursos a partir de esos contextos concretos donde circula información constantemente y se ponen en práctica acciones que afectan la salud de millones de peruanos. Hay que comenzar a partir de condiciones existentes de trabajo y de comunicación más que de situaciones ideales.

El problema no es tanto la falta de oportunidades de aprendizaje, si tomamos en cuenta la sobreproducción de diplomas, cursos y materiales, sino las dificultades para que el aprendizaje sea sistemático y sea efectivamente implementado en la interacción entre personal de salud y poblaciones, entre los comunicadores y las audiencias, entre las redes sociales comunitarias, es decir, en toda interacción social donde se intercambia información. El objeto no es prolongar la inercia institucional de capacitación por la capacitación misma, divorciada de objetivos fundamentales de salud, comunicación y desarrollo. Hay que despojarse de la idea de que la capacitación es una cuestión de poner en lugar una maquinaria aceitada de cursos y documentos que son efectivas en lograr objetivos de formación pero no logran comunicar, educar, o modificar prácticas concretas que puedan contribuir a la existencia de comunidades saludables. Es necesario pensar estrategias creativas y sostenibles para formar recursos humanos y ciudadanos saludables. Este libro nos invita y estimula a pensar cómo encarar este desafío en el Perú contemporáneo.

Silvio Waisbord

CHANGE Project/Academy for Educational Development



# ■ Necesidades de capacitación en comunicación y promoción de la salud

---

Estudio de capacidades y necesidades de capacitación en organizaciones ejecutoras de actividades de comunicación y promoción de la salud en el Perú

## I. INTRODUCCIÓN

Todos estamos convencidos de que la comunicación y la promoción de la salud (CPS) son tareas indispensables para mejorar las condiciones de vida y salud de nuestras poblaciones. Progresivamente, se ha ido reconociendo que por mejores y sofisticados servicios de salud que tenga una sociedad, esta no puede garantizar niveles adecuados de salud para sus miembros; no solo porque los altos y crecientes costos de la atención llevarían a una familia, empresa o nación a límites de insolvencia o de no-competitividad, sino también por las limitaciones propias de saber y tecnología médica para dar cuenta de todos los problemas de salud, culturalmente condicionado, y sobre todo porque la salud, en términos positivos, es mucho más que la ausencia de enfermedad.

Estas nociones que habitan en nuestro sentido común aparecen como limitadas cuando para investigar o planificar sistemáticamente en este campo intentamos definir, especificar y calcular recursos, acciones o metas. Nos encontramos con definiciones amplias y a la vez etéreas como la de salud, entendida como ‘completo estado de bienestar biológico, psicológico y social’. Así también las nociones de comunicación y de promoción de la salud son diversas, al igual que la relación entre estas.

No es el objetivo del presente estudio un esclarecimiento y una discusión teórico-conceptuales de dichos campos. Por el contrario, es un estudio con un sentido práctico y exploratorio de las acciones cotidianas de comunicación y promoción de la salud que realizan diversas organizaciones y personas en el país. Entendemos que la comunicación y la promoción de la salud no son —como los servicios de salud— campos privativos de ciertas organizaciones ni de ciertas profesiones; por el contrario, son campos abiertos a muchas disciplinas y actores que han asumido esta tarea y que con sus acciones, interacciones y reflexiones cotidianas van construyendo un sentido práctico de ellos. En este estudio pretendemos explorar y comprender quiénes realizan cotidianamente estas tareas, qué están haciendo, cómo lo están haciendo y conceptua-

lizando, qué expectativas tienen y qué necesidades sienten. A partir de ello podemos formular propuestas para contribuir a fortalecer sus capacidades.

## II. OBJETIVOS

- Identificar organizaciones, profesionales y actores que están involucrados en tareas de comunicación y promoción de la salud en regiones seleccionadas del Perú.
- Investigar qué actividades de comunicación y promoción de la salud realizan dichas organizaciones.
- Conocer los enfoques (fines, metodologías y estrategias) de comunicación y promoción de la salud que aplican dichas organizaciones.
- Averiguar las capacidades y limitaciones de los recursos humanos de estas organizaciones para el desarrollo de la comunicación y promoción de la salud.
- Reconocer las necesidades sentidas de capacitación y los requerimientos de recursos humanos especializados para el logro de sus objetivos en comunicación y promoción de la salud.

## III. METODOLOGÍA

El estudio se basó en la aplicación de una encuesta semiestructurada a una muestra estratificada por regiones y sectores vinculados a la promoción de la salud. La población de estudio está constituida por las organizaciones y los profesionales que realizan actividades de comunicación y promoción de la salud en el país, ya sea como tarea específica o como parte de un conjunto de actividades de atención de salud.

Se realizaron 327 encuestas semiestructuradas en 8 regiones del país (Ayacucho, 44; Pasco, 30; Huancayo, 25; Huánuco, 55; Lima, 44; Ucayali, 45; San Martín, 42; Trujillo, 42).

El protocolo seguido para la selección de la muestra en cada región fue el siguiente:

- 1) Elaboración de un directorio de organizaciones que realizan actividades de salud y clasificación por sectores.
- 2) Definición de “cuotas” de organizaciones en cada subsector, tomando en cuenta el tipo de actividad que realizan.
- 3) Elaboración, en cada organización, de una lista de programas, profesionales, técnicos y promotores que brindan servicios a la población y que estuvieron presentes en la organización, seleccionando entre ellos de modo aleatorio la cuota previamente establecida para dicha organización.

- 4) Ante la ausencia o negativa de un informante a ser encuestado, este fue reemplazado por otro del mismo nivel.

Con las preguntas cerradas (precodificadas) se construyó una base de datos en Excel y SPSS para sus posteriores procesamiento y análisis estadístico mediante estos programas. Las respuestas abiertas fueron transcritas y recodificadas para luego ser sometidas a un análisis cuantitativo. Si bien el estudio es fundamentalmente cuantitativo y sobre la base de encuestas, esto se complementó con visitas, entrevistas, grupos focales e interpretaciones hermenéuticas de respuestas abiertas, que contribuyeron a una mejor comprensión de las experiencias.

## IV. RESULTADOS

### 1. Organizaciones y profesionales que realizan actividades de comunicación y promoción de la salud

#### *Organizaciones*

Al iniciar la investigación consideramos una lista de tipos de organizaciones o sectores donde tradicionalmente se realizan actividades de promoción de la salud. Esta lista se fue ampliando y dichas actividades fueron clasificadas en 10 sectores:

- Ministerio de Salud (DISA, hospitales, centros de salud, puestos de salud)
- ESSALUD (gerencia departamental, establecimientos de salud)
- ONG (programas o proyectos con temas de salud)
- Iglesia (programas o proyectos con temas de salud)
- Universidad (programas o proyectos de proyección social con temas de salud)
- PROMUDEH (Centros de Emergencia Mujer)
- Municipalidad (programas o proyectos con temas de salud)
- Fuerzas Armadas o Policiales (programas y establecimientos de salud)
- Ministerio de Educación (USE, colegios)
- Sector privado (clínicas)
- Otros: organizaciones de pacientes.

Se encontró que estos sectores están presentes en las ocho regiones seleccionadas y que en casi todas ellas hay quienes realizan —en diferentes proporciones— actividades de comunicación y promoción de la salud. Teniendo esto en cuenta, los 327 encuestados proceden de los siguientes sectores: colegios, 24; ESSALUD, 49; FFAA y

FFPP, 6; Iglesia, 11; MINSA, 170; municipios, 6; las ONG, 21; sector privado, 10; PROMUDEH, 16; universidades, 14. Esto nos confirma que el campo de la comunicación y promoción es eminentemente intersectorial y no privativo del sector salud.

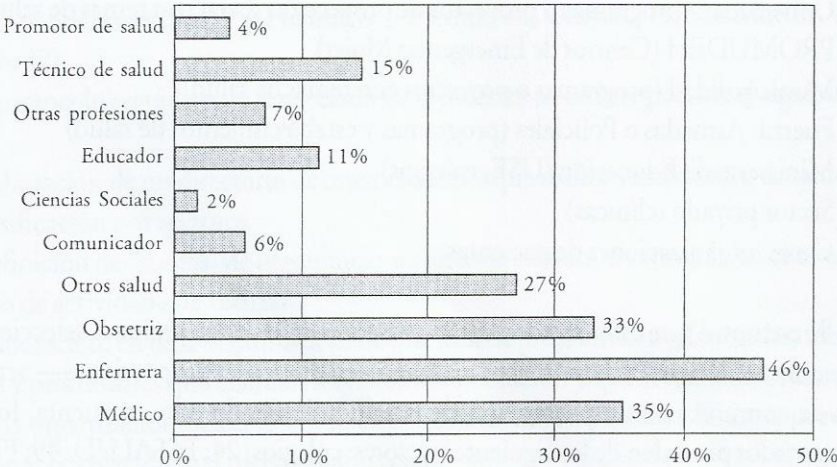
En los diversos sectores, las tareas de comunicación y promoción de la salud se realizan en diferentes niveles, tanto en el de gestión como en los más operativos. En la muestra hay profesionales de diversos niveles de intervención (centros de salud, 96; nivel departamental, 54; hospitales, 73; programas y proyectos, 76; puestos de salud, 28).

*Profesiones*

En el estudio encontramos que hay una amplia diversidad de profesionales involucrados en tareas de comunicación y promoción de la salud. Priman las profesiones de salud, y entre estas hay un papel destacado de la profesión de enfermería, pero también encontramos profesionales como abogados, ingenieros agrónomos y otros que aparentemente tendrían poco que ver con la salud.

En el 70% de las organizaciones encuestadas, los equipos de CPS están conformados exclusivamente por profesionales tradicionales de salud (médico, enfermera, obstetrix), y en un 30% se involucra a otros profesionales. Entre estos encontramos, en primer lugar, a los educadores, seguidos por comunicadores y profesionales de Ciencias Sociales. En el siguiente cuadro observamos la presencia de diferentes profesionales en equipos de CPS.

**Profesionales que participan en actividades de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**





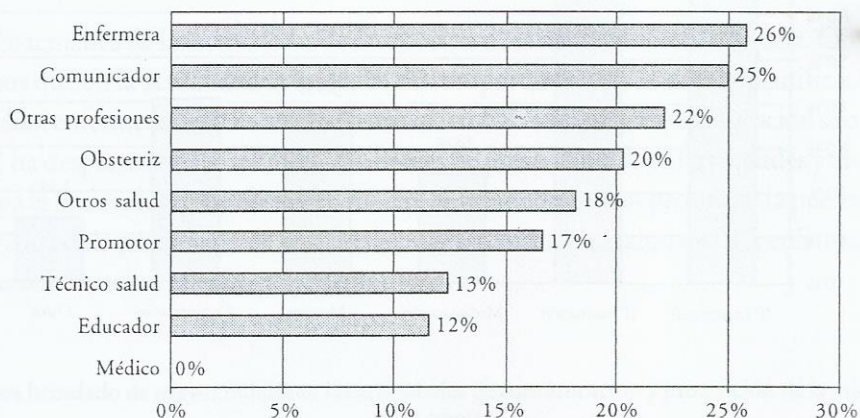
## Género

Entre los encuestados se encontraron un 71.6% de mujeres y 28.4% de hombres.

## Dedicación

Las tareas de CPS son a dedicación exclusiva solo en la quinta parte de los encuestados; aproximadamente la mitad lo hace como dedicación principal y el resto como actividad ocasional y complementaria a sus actividades profesionales. La dedicación tiene una amplia variación de acuerdo a la profesión; se nota que prácticamente no hay médicos que se dediquen en forma exclusiva a esta actividad y que dentro de las profesiones de salud las enfermeras son las que más lo hacen.

Proporción de dedicación exclusiva a tareas de CPS por profesiones  
Perú 2002



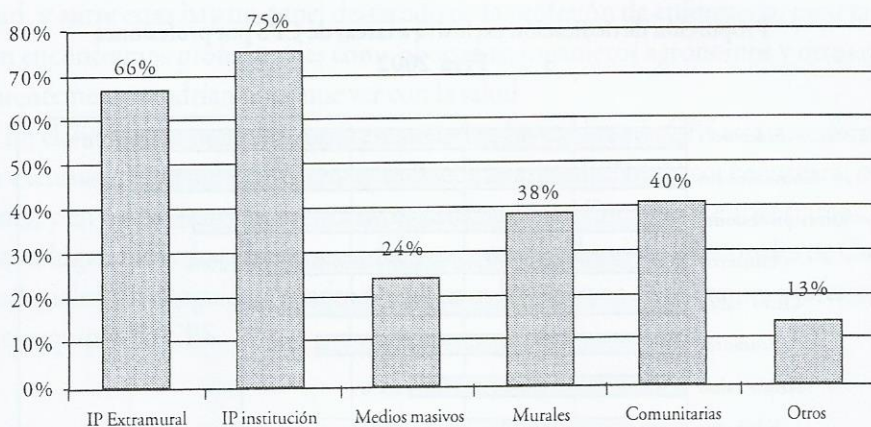
## 2. Actividades de comunicación y promoción de la salud que realizan diversas organizaciones vinculadas a la promoción de la salud

### Tipo de actividades

Se asumen como tareas de CPS una serie de actividades que van desde las consejerías o educación a pacientes en los propios establecimientos y consultorios, como parte del proceso de atención, hasta actividades específicamente diseñadas y planificadas para promover la salud, como es el caso de programas a través de medios masivos. En el estudio encontramos que las actividades que predominan son las

asesorías, charlas y otras acciones “cara a cara”, que se dan tanto dentro como fuera de las organizaciones (75% y 66%, respectivamente). Encontramos también que en la cuarta parte de las organizaciones se utilizan medios masivos en la promoción de la salud. El uso de medios varía en las diferentes regiones y sectores. En Ayacucho y Tarapoto, casi la mitad de las organizaciones utiliza estos medios, mientras que en el distrito de San Martín de Porras (Lima) el uso de medios es modesto. Esto probablemente esté vinculado a la accesibilidad y los costos de dichos medios, que en muchas provincias son realmente muy módicos, como se demuestra en otros productos del estudio.

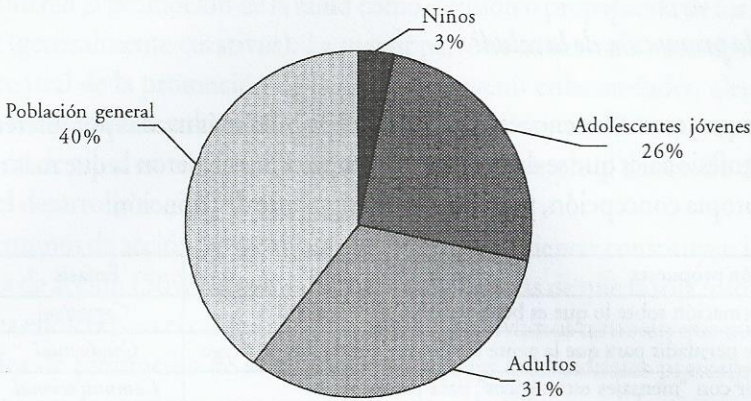
Tipo de actividades en comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002



### *Población objetivo*

Las actividades de CPS están orientadas a diversos grupos poblacionales. Observamos que si bien la gran mayoría se orienta a población en general, reconociéndose segmentos etarios, también hay una proporción significativa de acciones que se orientan a grupos sociales específicos, tales como: poblaciones indígenas, parejas de novios, líderes comunitarios, comunidad universitaria, comunidades nativas, unidades policiales, etc. En relación con segmentos etarios, llama la atención una creciente orientación hacia los adolescentes y jóvenes, que alcanza una proporción similar a la que existe hacia los adultos. Mientras tanto, el porcentaje de orientación hacia un público infantil es mínimo, a pesar de que este grupo de edad tiene más posibilidades de asimilación y cambios más profundos en su conducta.

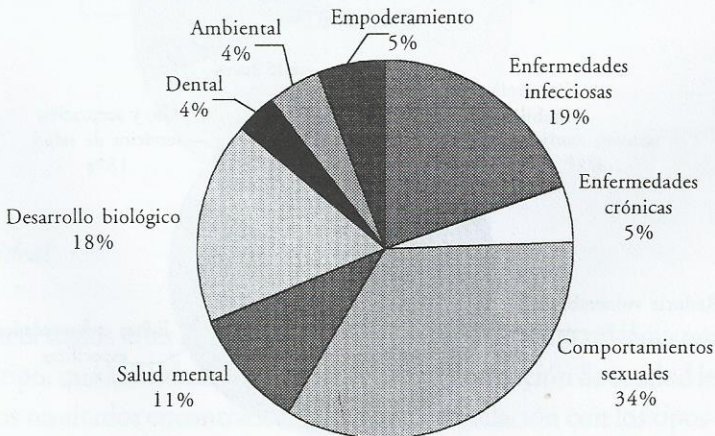
**Grupo poblacional de mayor énfasis en las actividades de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**



**Temas principales**

La temática de las actividades de promoción de la salud también es diversa. Observamos que en la actualidad la temática de comportamientos sexuales (planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente, educación sexual, etc.) ha desplazado a los temas tradicionales de prevención de enfermedades y ahora ocupa el primer lugar. Se observa también, aunque con menor presencia, la puesta en la agenda de la promoción de la salud de nuevos temas como salud mental, enfermedades crónicas, salud bucal y empoderamiento.

**Tema brindado de mayor énfasis en las actividades de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**



### 3. Concepciones, enfoques y expectativas sobre la comunicación y la promoción de la salud en diversas organizaciones vinculadas a la promoción de la salud

#### ¿Qué es la promoción de la salud?

Se propusieron a los encuestados las concepciones más usadas por diferentes grupos de profesionales que se dedican a este campo. Ellos eligieron la que más representaba su propia concepción, y se encontró la siguiente distribución:

| Definición propuesta  | Énfasis                   | %   |
|---|---------------------------|-----|
| Dar información sobre lo que es bueno y malo para la salud  | <i>Cognitivo</i>          | 25% |
| Inducir y persuadir para que la gente modifique conductas de riesgo                                 | <i>Conductual</i>         | 14% |
| Intervenir con “mensajes estratégicos” para provocar cambios en valores y conductas de las personas | <i>Comunicacional</i>     | 16% |
| Fomentar estilos de vida saludables en la población   | <i>Cultural sanitario</i> | 30% |
| Fortalecer el compromiso de todos los miembros de la comunidad por la defensa de la vida y la salud | <i>Político</i>           | 11% |
| Interactuar con otras personas a fin de intercambiar valores y saberes en salud                     | <i>Cultural</i>           | 3%  |

En este cuadro se pone en evidencia que, a pesar de que las definiciones con énfasis cultural sanitario y cognitivo predominan, ninguna de las propuestas goza de un amplio consenso. Observamos que aquellas definiciones con connotaciones más políticas y culturales, que son las que predominan en las nuevas corrientes de desarrollo humano, tienen menor presencia. El contenido de las definiciones formuladas abiertamente por los encuestados fue analizado tomando en cuenta el concepto “Acciones orientadas a fines”, encontrándose lo siguiente:

Finalidad expresada en el concepto de promoción de la salud  
Perú 2002

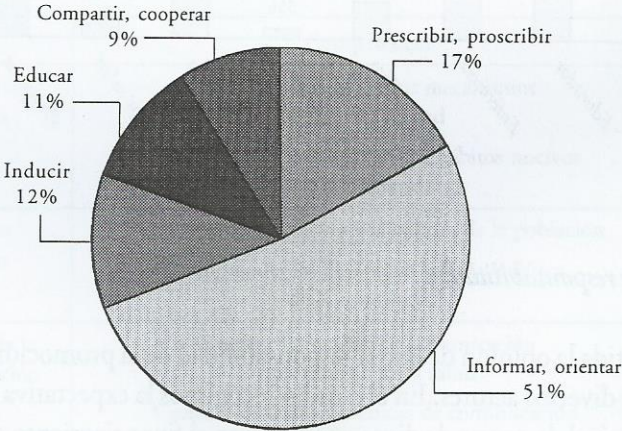


Es evidente que la promoción de la salud sigue siendo pensada mayormente en relación con la enfermedad. Aún es importante la proporción (18%) de profesionales que consideran la promoción de la salud como difusión o propaganda de los servicios de salud (generalmente curativos). La mayor parte de encuestados considera que la misión central de la promoción de la salud es prevenir enfermedades, alejando los riesgos o reduciendo la vulnerabilidad de las personas. Hay un 12 % que considera la promoción de salud en términos positivos, como por ejemplo el desarrollo de habilidades o el desarrollo social.

En términos de acción, se reconoce que informar y orientar constituyen la principal forma de acción (50%), a pesar de que hay evidencias de que la sola información tiene poca eficacia para el cambio de conductas. Observamos también que aún prevalece la idea de promoción de la salud a través de las tradicionales prescripciones y proscipciones de conductas por parte de la “autoridad” sanitaria. Las intervenciones más estratégicas como la de inducir comportamientos mediante mensajes elaborados, o las formas más interactivas tienen poca presencia.

Estos hallazgos sugieren que el paradigma de promoción de la salud predominante es el sanitario preventivista, observándose rezagos de un modelo biomédico y la emergencia de nuevas tendencias más sociales y constructivistas.

Acción expresada en el concepto de promoción de la salud  
Perú 2002

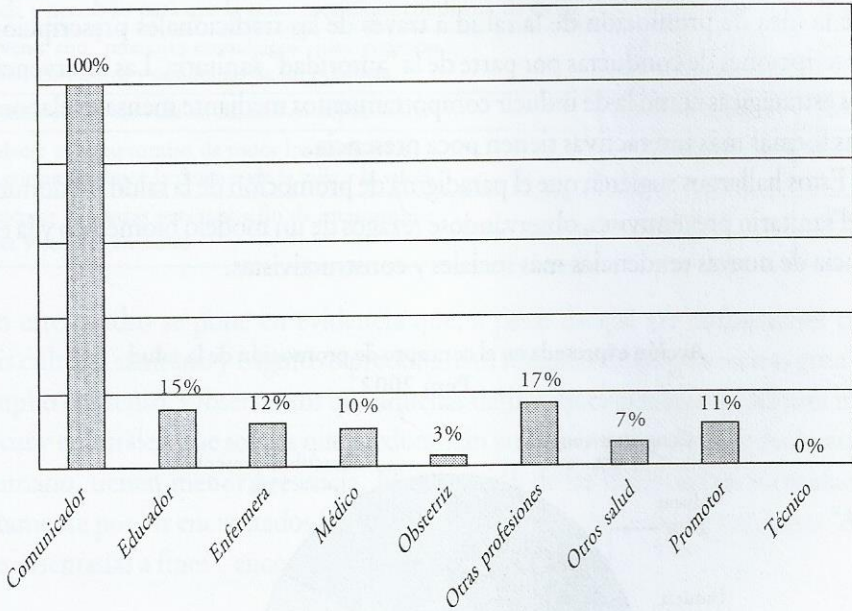


*Actividad ideal*

A los encuestados se les formuló la siguiente pregunta: ¿si no tuvieran restricciones de ningún tipo, qué actividades de comunicación y promoción de la salud les gustaría realizar? Los resultados encontrados revelan que, en relación con los tipos de activi-

dad, temas y población objetivo, no hay mucha variación respecto a lo que actualmente están realizando. Esto sugiere que la escasez de recursos está asociada también a una escasez de propuestas o iniciativas, así como a un predominio de concepciones tradicionales sobre la comunicación y la promoción de la salud. Por ejemplo, en relación con el tipo de actividad, solo el 10% de los encuestados considera que usaría medios masivos en su actividad ideal. Existen variaciones significativas por disciplina, como se aprecia en la siguiente gráfica.

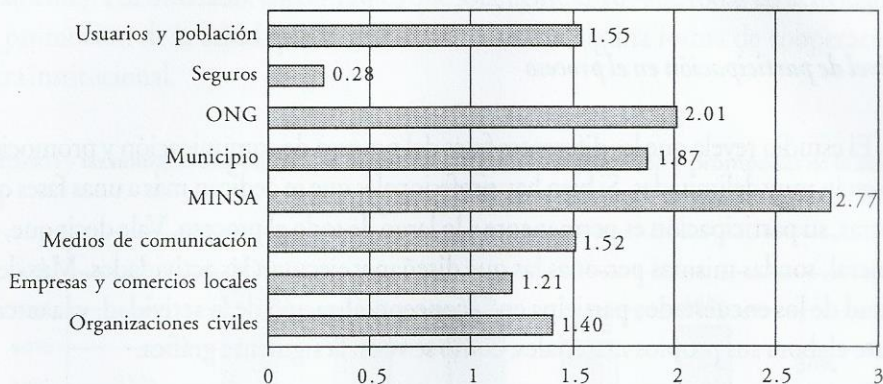
Actividad ideal de promoción de la salud a través de medios masivos en diferentes disciplinas Perú 2002



### Expectativa de responsabilidades

Es compartida la opinión de que la responsabilidad de la promoción de la salud es de múltiples y diversos actores. En el estudio recogimos la expectativa de los encuestados sobre el nivel de aporte de diversos actores en el financiamiento de las actividades de comunicación y promoción de la salud. Encontramos que a pesar de que las mayores expectativas siguen puestas en actores tradicionales como el Ministerio de Salud y las ONG, es importante la expectativa en la participación de otros actores, aun de aquellos vistos con poca vinculación con el campo de la salud como los comerciantes y empresarios locales.

**Expectativa de participación financiera en actividades  
de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**



*Competencias esperadas*

Los encuestados reconocen que para realizar actividades de comunicación y promoción de la salud se requiere una multiplicidad de competencias en diversas áreas del conocimiento y la acción. En el cuadro siguiente mostramos el nivel de prioridad otorgado a cada competencia. La escala utilizada fue: de 0 a 1 para la prioridad baja, de 1 a 2 para la media y de 2 a 3 para la prioridad alta.

| Área                        | Competencia   | Prioridad |
|-----------------------------|---|-----------|
| Salud Pública               | Conocer las causas y los mecanismos de la enfermedad          | 2.44      |
|                             | Reconocer las conductas y los hábitos nocivos de la población | 2.37      |
| Ciencias Sociales           | Comprender los valores y la cultura de la población           | 2.40      |
|                             | Comprender las dinámicas social y política de la comunidad    | 2.02      |
| Ciencias de la Comunicación | Conocer las teorías de comunicación y promoción de la salud   | 2.19      |
|                             | Conocer métodos y técnicas de comunicación                    | 2.25      |
|                             | Construir mensajes adecuados con creatividad                  | 2.27      |
| Gerencia                    | Manejar herramientas de planificación y gestión               | 1.98      |

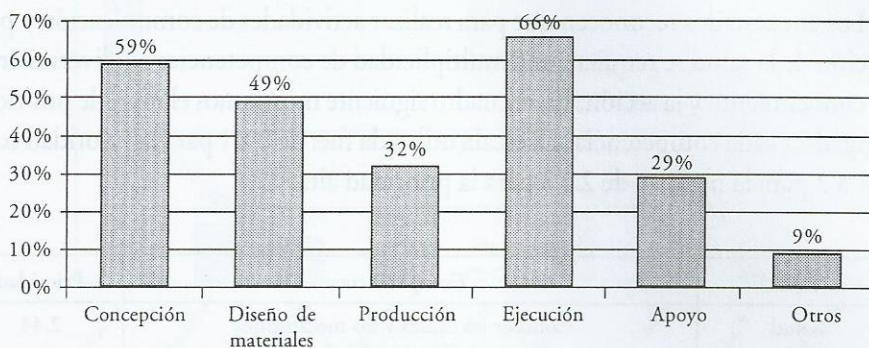
Si bien casi todas tienen una alta prioridad como competencias esperadas, se observa un ligero predominio de aquellas vinculadas con la salud pública.

#### 4. Capacidades y limitaciones para el desarrollo de actividades de comunicación y promoción de la salud en diversas organizaciones vinculadas a la promoción de la salud

##### *Nivel de participación en el proceso*

El estudio revela que las diferentes fases del proceso de comunicación y promoción no están muy delimitadas. Si bien hay profesionales que se dedican más a unas fases que a otras, su participación es permanente a lo largo de todo el proceso. Vale decir que, en general, son las mismas personas las que diseñan y ejecutan las actividades. Más de la mitad de los encuestados participa en la conceptualización de la actividad, y la tercera parte elabora sus propios materiales, como se ve en la siguiente gráfica.

Tipo de participación del personal en actividades de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002



Estas proporciones varían significativamente de acuerdo con la profesión. Por ejemplo, médicos, obstetrices y comunicadores tienen una mayor participación en la conceptualización y el diseño de las actividades que ejecutan, mientras que los promotores tienen una participación escasa en este nivel del proceso.

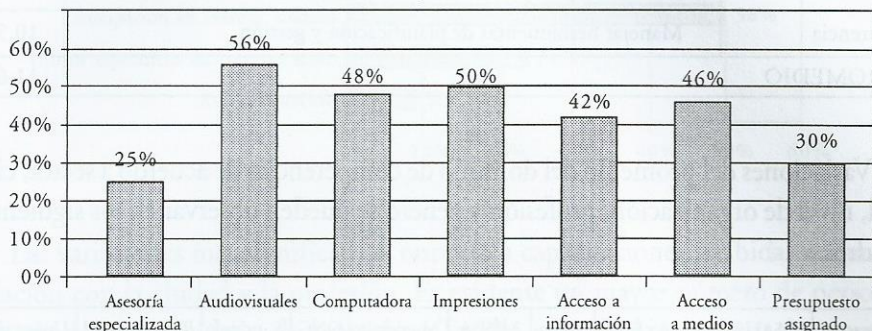
##### *Recursos y tecnologías disponibles*

Se presentó a los encuestados una relación de recursos que se consideran necesarios para el desarrollo adecuado de actividades de comunicación y promoción de la salud, a fin de saber con cuáles de estos cuentan. Encontramos que la mayoría de estos recursos son escasos y no llegan, muchas veces, a estar presentes ni en la mitad de los casos. Los recursos más escasos son de carácter técnico y financiero, como la asesoría



especializada y el presupuesto asignado. Solamente la tercera parte cuenta con un presupuesto asignado, siendo este mayor en las ONG y la Iglesia (60% y 70% respectivamente). Por otro lado, encontramos que solamente el 10% de todas las actividades de promoción de la salud que se realizan cuenta con alguna forma de cooperación extra institucional.

### Recursos y tecnologías disponibles en la institución para comunicación y promoción de la salud Perú 2002



En el estudio también encontramos que la distribución de recursos es heterogénea según las regiones y el tipo de organización. Por ejemplo, en Huánuco solamente el 18% de las organizaciones encuestadas cuenta con una computadora, mientras que en Trujillo y, sorprendentemente, en Cerro de Pasco, los porcentajes se acercan al 60%. Es importante anotar que el 25% de puestos de salud y el 43% de centros visitados cuentan con una computadora. Otro aspecto que encontramos en el estudio es que el 46% dice tener acceso a medios de comunicación, sin embargo solo el 24% actualmente realiza actividades a través de medios. Esto sugiere una cierta subutilización de este recurso.

### *Autopercepción de capacidades*

De una lista de competencias necesarias para un adecuado desarrollo de actividades de comunicación y promoción de la salud, se pidió a los encuestados que se autocalificaran según el dominio que creían tener de dicha competencia. Al convertir la escala utilizada a una escala vigesimal, encontramos que las únicas competencias que estarían en un nivel aceptable son las de conocimiento de enfermedades, comprensión de valores y cultura de la población, y conocimiento de conductas y hábitos nocivos en la población. El dominio de otras competencias, especialmente las de carácter social y comunicacional, es, por el contrario, limitado y crítico.

| Área                        | Competencia   | Nota |
|-----------------------------|---|------|
| Salud Pública               | Conocer las causas y los mecanismos de la enfermedad          | 13.9 |
|                             | Reconocer las conductas y los hábitos nocivos de la población | 12.9 |
| Ciencias Sociales           | Comprender los valores y la cultura de la población           | 13.0 |
|                             | Comprender las dinámicas social y política de la comunidad    | 10.4 |
| Ciencias de la Comunicación | Conocer las teorías de comunicación y promoción de la salud   | 10.4 |
|                             | Conocer métodos y técnicas de comunicación                    | 10.6 |
|                             | Construir mensajes adecuados con creatividad                  | 11.5 |
| Gerencia                    | Manejar herramientas de planificación y gestión               | 10.5 |
| PROMEDIO                    |   | 11.6 |

Variaciones del promedio del dominio de competencias de acuerdo a sector, ciudad, nivel de organización, profesión y género se pueden observar en los siguientes cuadros.

| Educación | ESSALUD | FFAA y FFPP | Iglesia | MINSA | Municipio | ONG  | S. privado | PROMUDEH | Universidad |
|-----------|---------|-------------|---------|-------|-----------|------|------------|----------|-------------|
| 11.8      | 12.0    | 9.6         | 11.8    | 11.6  | 9.7       | 13.2 | 11.6       | 10.2     | 11.7        |

| Ayacucho | Cerro de Pasco | Huancayo | Huánuco | Lima | Pucallpa | Tarapoto | Trujillo |
|----------|----------------|----------|---------|------|----------|----------|----------|
| 12.5     | 10.6           | 10.5     | 11.6    | 10.8 | 11.8     | 11.0     | 13.4     |

| Centro de Salud | Departamento | Hospital | Proyecto | Puesto de salud |
|-----------------|--------------|----------|----------|-----------------|
| 12.3            | 11.4         | 11.2     | 11.6     | 11.0            |

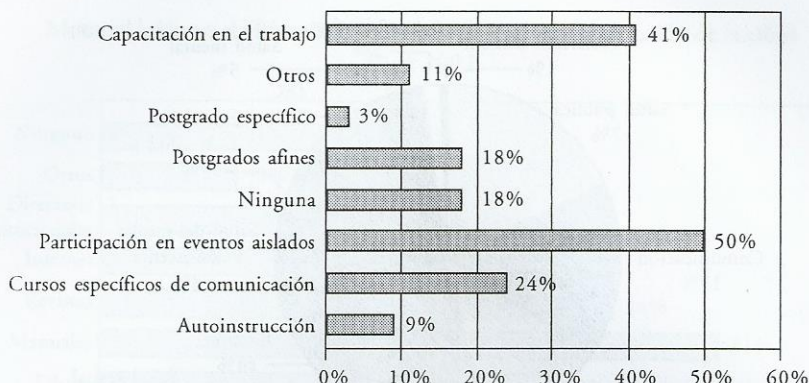
| Comunicador | Educador | Enfermera | Médico | Obstetiz | Otras profesiones | Otros salud | Promotor | Técnico |
|-------------|----------|-----------|--------|----------|-------------------|-------------|----------|---------|
| 14.0        | 11.7     | 11.6      | 12.1   | 12.4     | 10.3              | 12.2        | 9.1      | 9.7     |

| Femenino | Masculino |
|----------|-----------|
| 11.8     | 11.2      |

### Capacitación recibida

Más del 89% de las personas que realizan tareas de comunicación y promoción de la salud tiene alguna capacitación para la función que desempeña. Sin embargo, es evidente que esta capacitación es muy limitada, ya que solo el 24% ha recibido cursos específicos para este tipo de tarea. La gran mayoría ha sido capacitada en el trabajo y ha participado en eventos aislados. Se observa que solo el 3% de los encuestados tiene un postgrado específico en comunicación o promoción de la salud.

## Tipo de capacitación recibida para trabajar en comunicación y promoción de la salud Perú 2002



Las variaciones más significativas respecto a capacitaciones recibidas se dan en relación con la ciudad y la profesión. Es evidente un mayor número de personas capacitadas en las ciudades de Ayacucho y Trujillo, y un nivel importante de capacitación específica de promotores de salud.

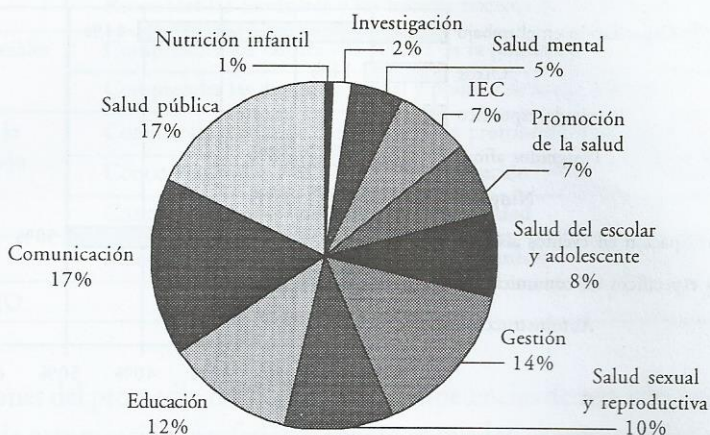
| CIUDAD         | Cursos específicos de comunicación |
|----------------|------------------------------------|
| Ayacucho       | 43%                                |
| Cerro de Pasco | 27%                                |
| Huancayo       | 24%                                |
| Huanuco        | 13%                                |
| Lima           | 14%                                |
| Pucallpa       | 20%                                |
| Tarapoto       | 19%                                |
| Trujillo       | 36%                                |
| Total          | 24%                                |

| PROFESION         | Cursos específicos de comunicación |
|-------------------|------------------------------------|
| Comunicador       | 25%                                |
| Educador          | 12%                                |
| Enfermera         | 25%                                |
| Médico            | 20%                                |
| Obstetriz         | 19%                                |
| Otras profesiones | 17%                                |
| Otros salud       | 32%                                |
| Promotor          | 33%                                |
| Técnico           | 13%                                |

### Temas

La capacitación recibida por las personas que realizan actividades de promoción y comunicación es diversa, como se muestra en la siguiente gráfica. Sin embargo, hacemos notar un cierto equilibrio entre una temática orientada a problemas de salud y otra orientada al desarrollo de habilidades operativas.

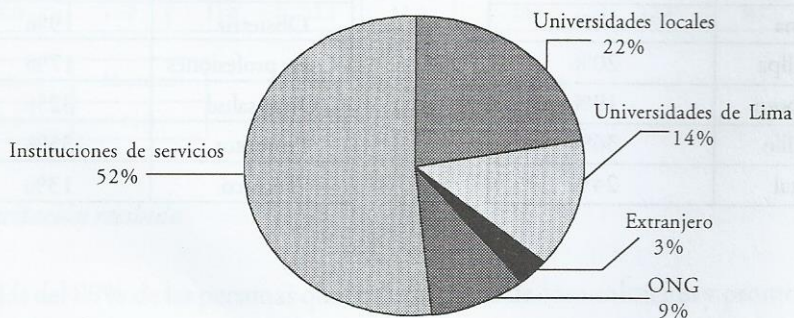
**Temas en los cuales se ha capacitado el personal que realiza actividades de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**



***Instituciones capacitadoras***

Entre los cursos de capacitación recibidos por encuestados, aproximadamente la mitad han sido ejecutados por sus propias instituciones (capacitaciones internas) y la otra mitad por instituciones externas. Destaca la participación importante de las universidades locales (22%) y universidades de Lima (14%), como se observa en la siguiente gráfica.

**Institución donde ha recibido capacitación el personal que realiza actividades de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**

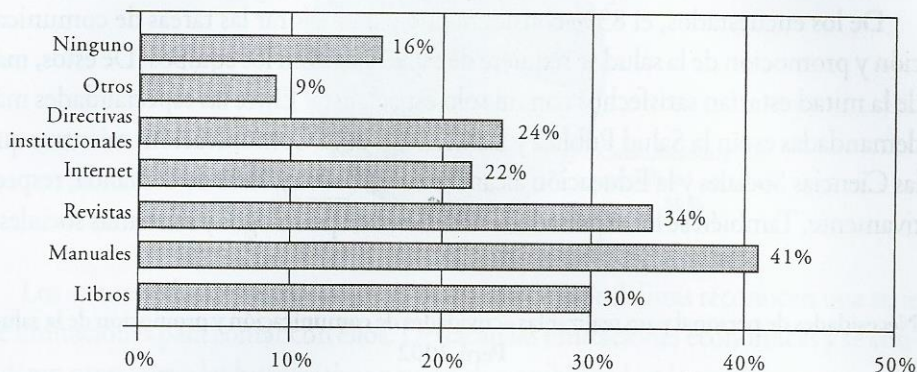


***Lecturas realizadas***

Si bien encontramos que más del 80% de los encuestados manifiesta haber leído algo relacionado con la comunicación y promoción de la salud en el año anterior, en la

mayoría de casos la lectura ha sido muy restringida y ha estado constituida básicamente por directivas y manuales institucionales.

**Material leído en el último año sobre comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**



### *Limitaciones para la acción*

Las tareas de comunicación y promoción de la salud en los niveles operativos tienen una serie de limitaciones. En el estudio observamos que las limitaciones más percibidas por los protagonistas están vinculadas a la escasez de recursos materiales, en tanto que las competencias propias no son vistas como limitantes. Quedan en niveles intermedios el apoyo técnico y político, así como las propias respuestas de la población.

**Limitaciones en las tareas de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002**

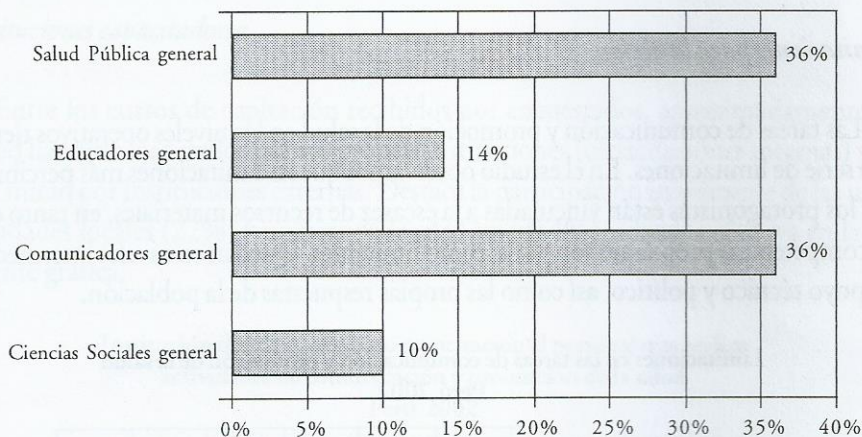


## 5. Necesidades de recursos humanos especializados para la comunicación y promoción de la salud

### *Necesidad de especialistas*

De los encuestados, el 83% considera que para mejorar las tareas de comunicación y promoción de la salud se requiere de especialistas en los equipos. De estos, más de la mitad estarían satisfechos con un solo especialista. Entre las especialidades más demandadas están la Salud Pública y las Ciencias de la Comunicación, mientras que las Ciencias Sociales y la Educación alcanzan solo el 10% y 14% de demanda, respectivamente. También se ha expresado la necesidad de psicólogos y asistentes sociales.

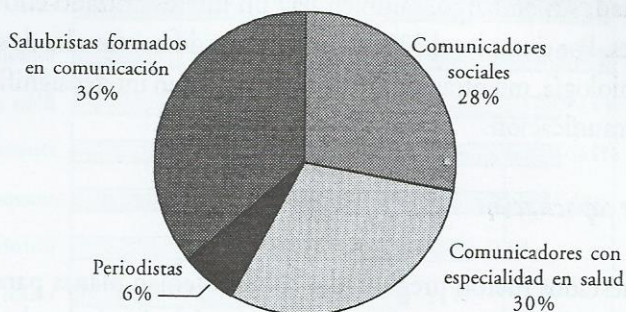
Necesidades de personal para realizar las actividades de comunicación y promoción de la salud  
Perú 2002



La demanda de comunicadores varía ampliamente de acuerdo con las ciudades y los diferentes sectores. En Ayacucho y Huancayo, la demanda de comunicadores alcanza el 64% y el 60%, respectivamente. Asimismo, hay altos porcentajes de demanda de estos profesionales en las ONG y PROMUDEH. En el MINSA la demanda se mantiene en el promedio (35%). En la Iglesia y el Municipio no se ha expresado esta demanda.

El perfil de comunicadores que se demanda en estas organizaciones se refleja en la siguiente gráfica. Observamos que se buscan perfiles mixtos entre comunicación y salud: ya sea comunicadores especializados en salud o salubristas con formación en comunicación.

## Perfil de comunicadores que se demanda para comunicación y promoción de la salud Perú 2002



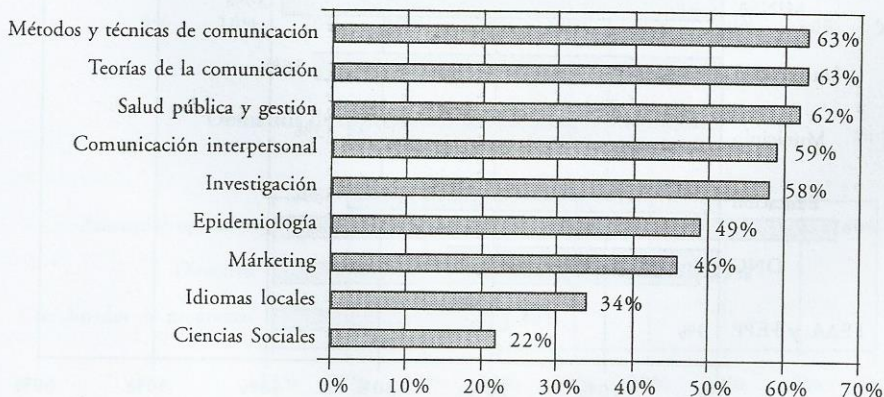
Los encuestados que expresaron su demanda de especialistas reconocen una serie de limitaciones para contar con ellos. Destacan las limitaciones económicas y se consideran otras como las burocráticas y su no-disponibilidad en la región.

### 6. Interés y demanda de capacitación para la comunicación y promoción de la salud

#### *Necesidades e intereses de capacitación*

El 94% de encuestados manifiesta interés en capacitarse para mejorar su trabajo en comunicación y promoción de la salud. De estos, la mitad se interesa en capacitarse por lo menos en cuatro áreas. En el siguiente gráfico se observa la proporción de encuestados interesados en una serie de competencias consideradas esenciales para un desempeño adecuado en tareas de CPS.

#### Interés de capacitación en diferentes áreas de comunicación y promoción de la salud Perú 2002

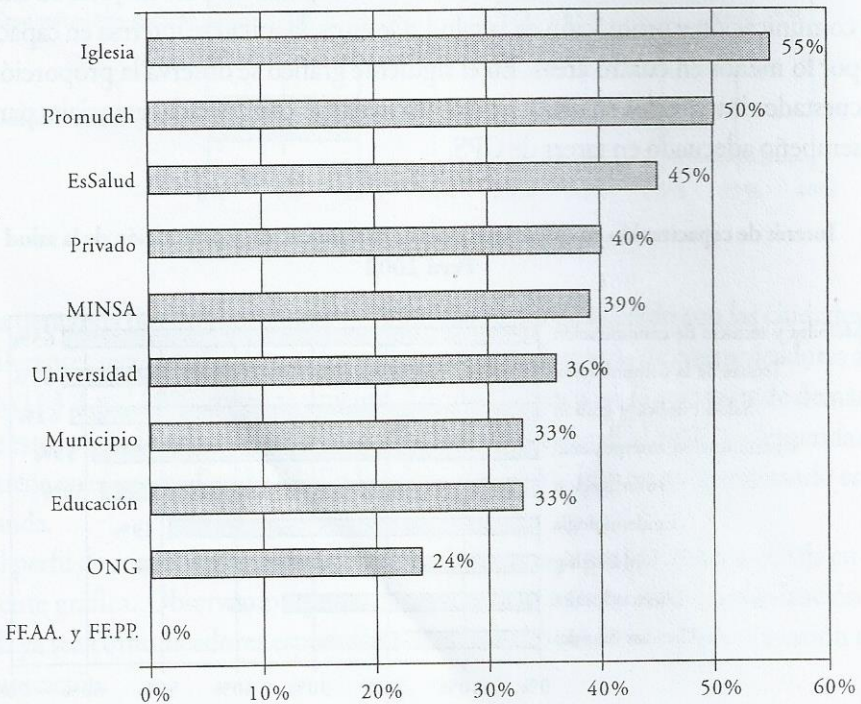


Las variaciones más significativas están dadas por el grupo profesional al que pertenecen. Es evidente una tendencia de los profesionales a interesarse por las áreas de su especialidad; sin embargo, también hay un interés cruzado entre las diferentes especialidades. Por ejemplo, el 33% de profesiones diferentes a las de salud se interesa en la Epidemiología, mientras los médicos muestran un interés significativo en Ciencias de la Comunicación.

### *Demanda de capacitación*

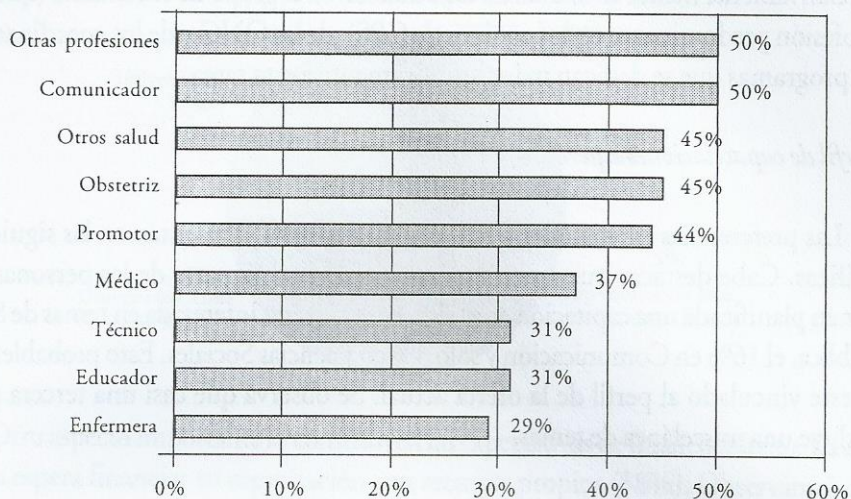
Los encuestados fueron preguntados sobre si tenían planes para capacitarse en algún tema vinculado a la comunicación y promoción de salud en los próximos doce meses. La respuesta positiva a esta pregunta la hemos considerado como una expresión de la demanda de capacitación. En general encontramos una demanda de capacitación de 39% de la muestra, lo que nos indica un gran interés por esta actividad. Esta proporción de demanda es variable de acuerdo a la ciudad, la profesión, el sector al que se pertenece, el nivel profesional y el tipo de institución, como se observa en las gráficas siguientes. En cuanto a género no hay una variación significativa.

Porcentaje de demanda de capacitación en diferentes sectores  
Perú 2002

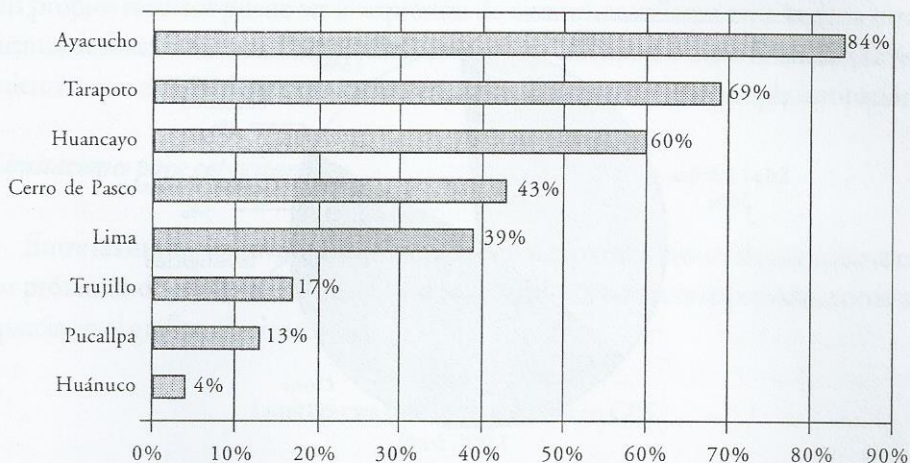




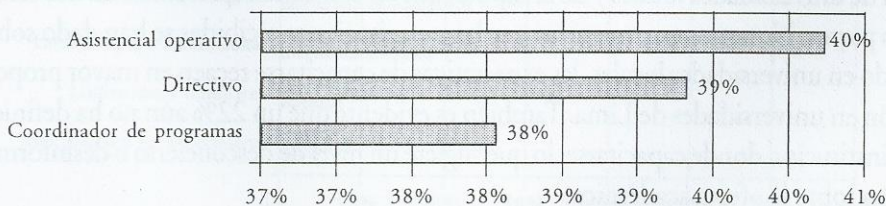
### Demanda de capacitación en diferentes grupos profesionales Perú 2002



### Demanda de capacitación en CPS en diferentes ciudades Perú 2002



### Demanda de capacitación en CPS según funciones Perú 2002

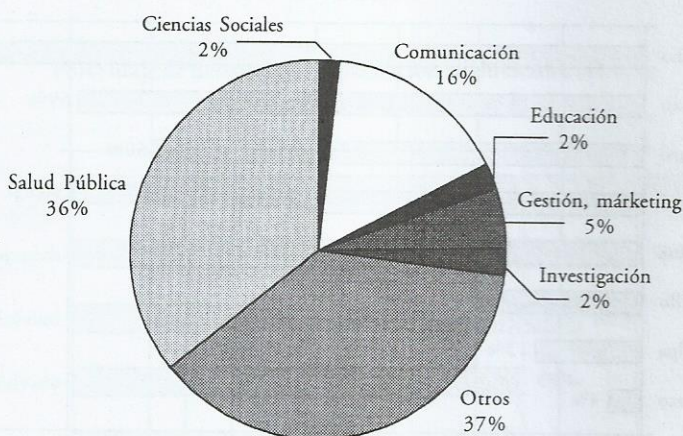


En estas gráficas llaman la atención la alta variabilidad de la demanda por ciudad y la relativamente menor demanda de capacitación en el grupo de enfermería (que es la profesión predominante en los equipos de CPS), de las ONG y de los coordinadores de programas que se dedican más específicamente a esta tarea.

### *Perfil de capacitaciones esperadas*

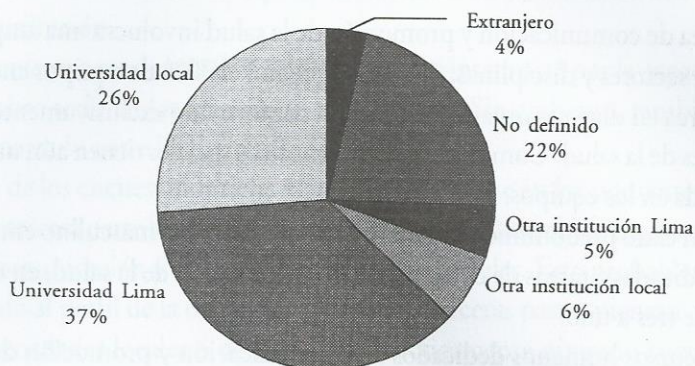
Las preferencias en cuanto a temas e instituciones se presentan en las siguientes gráficas. Cabe destacar que aproximadamente la tercera parte de las personas que tienen planificada una capacitación en el siguiente año está interesada en temas de Salud Pública, el 16% en Comunicación y solo 3% en Ciencias Sociales. Esto probablemente esté vinculado al perfil de la oferta actual. Se observa que casi una tercera parte incluye una miscelánea de temas.

**Temas demandados para capacitación en CPS  
Perú 2002**



En relación con instituciones donde están pensando capacitarse, destaca la presencia de universidades locales y de la capital, que en conjunto representan las dos terceras partes. Notamos que mientras que las capacitaciones recibidas se han dado sobre todo en universidades locales, las expectativas de capacitarse recaen en mayor proporción en universidades de Lima. También es evidente que un 22% aún no ha definido la institución donde capacitarse, lo que sugiere un nivel de desconcierto o desinformación sobre la oferta académica.

**Institución donde ha planificado capacitarse en CPS  
Perú 2002**

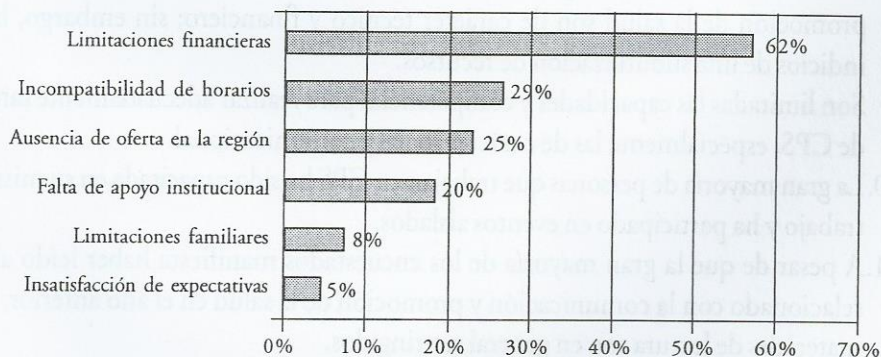


Otro aspecto importante lo constituyen las expectativas de financiamiento. La mayoría espera financiar su capacitación con recursos propios (58%). Observamos que prácticamente nadie tiene un financiamiento procedente de fuentes cooperantes. Considerando la precariedad de la situación económica de los trabajadores de salud, es de esperar que esta alta proporción de personas que piensan financiar su capacitación con sus propios recursos puede ser la expresión de cierta desconfianza en acceder a otras fuentes de financiamiento. Un porcentaje importante aún no sabe cómo financiar (12%), mientras que el 30% tiene expectativas en un financiamiento de su propia institución.

### *Limitaciones para capacitarse*

Entre las limitaciones expresadas por quienes tienen intenciones de capacitarse en los próximos doce meses, las financieras son significativamente superiores, como se aprecia en el gráfico siguiente.

**Limitaciones para la capacitación en CPS  
Perú 2002**



## V. CONCLUSIONES

1. La tarea de comunicación y promoción de la salud involucra una amplia diversidad de sectores y disciplinas. Sin embargo, aún el 70% de equipos encargados de esta tarea en diversas organizaciones está conformado exclusivamente por profesionales de la salud. Comunicadores y científicos sociales tienen aún una presencia limitada en los equipos.
2. Hay un claro predominio del género femenino sobre el masculino entre las personas dedicadas a tareas de comunicación y promoción de la salud, en una proporción de tres a uno.
3. Los recursos humanos dedicados a la comunicación y promoción de la salud lo hacen compartidamente con otras responsabilidades laborales. Solo la quinta parte se dedica de modo exclusivo a esta tarea.
4. Las actividades más comunes son las asesorías y charlas, y solo en la cuarta parte de las organizaciones se utiliza medios masivos en la promoción de la salud.
5. Si bien la gran mayoría de actividades se orienta a población en general, hay una proporción significativa de acciones orientadas a grupos sociales específicos como poblaciones indígenas, parejas de novios, líderes comunitarios, comunidad universitaria, comunidades nativas, unidades policiales, etc. En términos de edad, hay una creciente orientación hacia los adolescentes y jóvenes.
6. La temática de las actividades de promoción de la salud también es diversa, y predomina la relacionada con comportamientos sexuales (planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente, educación sexual, etc.), que supera a los temas tradicionales de prevención de enfermedades.
7. Hay una gran diversidad de nociones de promoción de la salud. La mayor parte de encuestados considera que la misión central de la promoción de la salud es prevenir enfermedades, alejando los riesgos o reduciendo la vulnerabilidad de las personas, y que la acción fundamental es la de informar y orientar.
8. Los recursos más escasos para la realización de actividades de comunicación y promoción de la salud son de carácter técnico y financiero; sin embargo, hay indicios de una subutilización de recursos.
9. Son limitadas las capacidades y competencias para realizar adecuadamente tareas de CPS, especialmente las de carácter social y comunicacional.
10. La gran mayoría de personas que trabajan en CPS ha sido capacitada en su mismo trabajo y ha participado en eventos aislados.
11. A pesar de que la gran mayoría de los encuestados manifiesta haber leído algo relacionado con la comunicación y promoción de la salud en el año anterior, los materiales de lectura son en general restringidos.

12. Para mejorar las tareas de CPS se buscan perfiles mixtos entre comunicación y salud: ya sea comunicadores especializados en salud o salubristas con formación en comunicación.
13. Es evidente una tendencia de los profesionales a interesarse por la capacitación en CPS, sobre todo en las áreas de su especialidad. Sin embargo, también hay un interés cruzado entre las diferentes especialidades.
14. El 39% de los encuestados tiene planes de capacitarse en los siguientes doce meses. A la tercera parte le interesan temas de Salud Pública; el 16% quiere capacitarse en Comunicación y solo el 3% en Ciencias Sociales. Esto probablemente esté vinculado al perfil de la oferta actual. Las dos terceras partes piensan capacitarse en universidades locales o de la capital. Prácticamente ninguno cuenta con un financiamiento procedente de fuentes cooperantes, de modo que la mayoría espera financiar su capacitación con recursos propios.



# ■ Estudio de necesidades de información para un centro de documentación en comunicación para la salud

---

## I. INTRODUCCIÓN

Recoger datos para detectar cuáles son las necesidades de información de los comunicadores para la salud<sup>1</sup> que diseñan y ejecutan intervenciones educativo-comunicacionales en los ámbitos seleccionados es el propósito de la investigación que aquí se reseña y que además se propone emplear la información rescatada para implementar un centro de documentación especializado que llene los vacíos identificados.

El documento que presentamos parte de una contextualización sociopolítica de la situación actual del país, seguida de una explicación del instrumento de investigación empleado y sus propósitos hermenéuticos, es decir, de las expectativas de interpretación que este se planteó al inicio del proceso.

---

<sup>1</sup> Bajo el rótulo de “comunicadores para la salud” se integran tanto el personal sanitario como el administrativo de los establecimientos proveedores de salud públicos y privados, integrantes de organizaciones educativas, religiosas y no gubernamentales que en algún momento de su ejercicio profesional o técnico han desarrollado, de manera sistemática, acciones o actos comunicativos planificados. También se integran en esta categoría personas e instituciones de la sociedad civil organizada —caso por ejemplo de los promotores de salud— que han desempeñado funciones como las mencionadas en sus correspondientes comunidades. La idea de “comunicador para la salud” intenta caracterizar un perfil humano que requiere de conocimientos específicos especializados para desarrollar su labor, los mismos que son proveídos por distintas entidades educativas en diversos momentos de su desempeño profesional para comunicar de manera planificada mensajes que conducen a la promoción de comunidades saludables. Esta educación para comunicar es frecuentemente lograda luego de un proceso formativo previo en diversas disciplinas como las que constituyen las Ciencias de la Salud (Medicina, Obstetricia, Enfermería), las ciencias del sujeto (Psicología, Psicoanálisis), las Ciencias Sociales (Sociología, Antropología, Economía, Ciencias de la Comunicación y otras), los saberes técnico — profesionales (Trabajo Social, Relaciones Públicas, Periodismo), etcétera; y la puesta en práctica en el marco del ejercicio profesional como proveedores de servicios de salud en la esfera pública o privada.

Resulta fundamental recalcar que la visión operativa de la pesquisa tuvo su origen en un conjunto de supuestos que planteaban de inicio cómo debería ser un Centro de Documentación destinado a satisfacer las necesidades de información para la acción comunicativa.

Salvado el paso de planteamiento de supuestos, consignaremos los hallazgos, apoyo especial para la propuesta de sugerencias que, en este caso, tienen como visión el tema de la sostenibilidad, entendida como el establecimiento de un escenario realista que permita la permanencia en el tiempo y el espacio de aquello que se sugiera como plataforma de consulta para la formación y el soporte del trabajo de los comunicadores para la salud.

## Realidad en transición

Esta consultoría se desarrolló entre marzo y agosto del 2002, durante el segundo semestre del primer año del gobierno constitucional del presidente Alejandro Toledo. Este venía precedido de un mandato transicional encabezado por Valentín Paniagua, que hizo las veces de puente entre el descompuesto y autoritario gobierno de Alberto Fujimori, hoy conocido por sus complejas relaciones con sistemas de corrupción organizada, y el actual retorno a la democracia y la libertad en un marco de economía social de mercado (según la autodefinition de la propuesta programática de Perú Posible, partido actualmente en el poder).

En un contexto político que arrastra, por lo menos en la dimensión política, un pasado moral catastrófico que ha penetrado en todas las dimensiones de la vida nacional, se ha venido configurando un gran deterioro institucional que, trascendiendo a lo individual, ha afectado la calidad de los compromisos ciudadanos y las posibilidades de generar alianzas interinstitucionales, uniones propositivas y proyectos dinámicos que convoquen la fe colectiva.

El cuadro es por el momento desolador, en vista de las tareas de reconstrucción que involucran la recuperación nacional.

No habitamos en una comunidad saludable; nuestros sistemas de coexistencia lo evidencian. En junio del presente año (2002), el ex Ministro de Educación, Nicolás Lynch, presentó el resultado de una investigación nacional que evidenció la crítica situación de educandos y educadores en el país<sup>2</sup>. Analfabetismo funcional, incapacidad generalizada para entender lo que se lee e interpretarlo, graves problemas de actualización entre los educadores y mínimas expectativas de superación entre los educandos forman parte del cuadro. Con un escenario como el descrito, es sencillo

.....

<sup>2</sup> Los resultados de esa investigación pueden ser consultados en la página *web* del Ministerio de Educación. [www.minedu.gob.pe](http://www.minedu.gob.pe)



deducir cuál es la secuela de esta situación en los otros sistemas —el jurídico, por ejemplo, arroja un diagnóstico dramático—.

Empieza a tener sentido, con un panorama como el presentado, implementar estrategias comunicacionales que apunten el tema de los valores, dado el deterioro moral en el que se encuentra la sociedad en su conjunto. Carcomida por la costumbre sostenida de olvidar o suspender los valores fundamentales para poder sobrevivir en un contexto hostil, la ciudadanía se enfrenta cotidianamente a una complicada realidad en la que los “comportamientos saludables” son poco asumidos y sostenidos.

En este mismo contexto, el sistema de Salud Pública, representado por el Ministerio de Salud (MINSA), funcionarios y actores, se encuentra en el ojo de una tormenta instalada por sus propios funcionarios, quienes han denunciado públicamente campañas de esterilización ilegales, encubiertas en una intervención de control demográfico oficial y legal. Instituciones como el propio MINSA instalan en la población fuentes de desconfianza.

Es, en definitiva, un escenario dinámico, poco propicio para el pronóstico certero y la apuesta por la sostenibilidad de acciones que buscarían soportarse en determinadas condiciones de estabilidad.

## II. METODOLOGÍA

### 1. Supuestos básicos para un Centro de Documentación especializado en comunicación y promoción de la salud

Al recibirse el encargo de estudiar la realidad de la formación en comunicación para la salud y de los recursos con los que se cuenta para llevar adelante este propósito, se juzgó como imprescindible identificar cuáles eran las fuentes documentales que servían como proveedoras de información para la educación de comunicadores para la salud, así como el tipo de servicio que estas ofrecían, en qué momento eran consultadas y por quiénes.

Para cumplir con este cometido se trabajó con un supuesto básico, elementos y una caracterización<sup>3</sup>, de los que se desprendió un instrumento de investigación (entre-

.....

<sup>3</sup> El supuesto y la caracterización funcionaron como ordenadores operativos del proceso de investigación y como referentes fundamentales para la elaboración del instrumento de pesquisa. Fueron elaborados pensando en la necesidad de identificar cómo funcionaba la realidad observada y de proponer la constitución de un centro de documentación que cumpla las funciones y necesidades detectadas durante la investigación.

vista con preguntas abiertas y cerradas) que permitiría consignar la información en el mismo documento impreso y en una cinta magnetofónica grabada con el testimonio del informante.

Los puntos de partida fueron los siguientes:

### *Supuesto inicial:*

- ¿Qué *elementos* y *características* debe tener un Centro de Documentación que cubra las necesidades de información, de materiales de educación, comunicación y promoción, y de investigaciones, programas y proyectos diseñados y ejecutados, para remontar problemas de Salud Pública implementados en las zonas seleccionadas?

### *Elementos:*

- Bibliografía internacional, regional y local especializada y actualizada sobre los temas de comunicación, educación y participación comunitaria.
- Archivo hemerográfico actualizado internacional, regional y local de material sobre los temas de comunicación, educación y participación comunitaria.
- Archivo documental actualizado de programas, proyectos e intervenciones internacionales, regionales y locales exitosos de comunicación, educación y participación comunitaria.
- Archivo actualizado de materiales (audiovisuales, de audio, impresos, en multimedia, interpersonales, comunitarios y alternativos) regionales y locales de comunicación, educación y participación comunitaria. Este material es el resultado de la pesquisa realizada para cumplir con los requerimientos informativos del punto anterior.

### *Características:*

- El Centro de Documentación deberá ser un espacio de consulta y de interacción con otros puntos informativos, que permita el intercambio de experiencias, la permanente interacción con realidades culturales y de Salud Pública diversas y el cotejo de las potencialidades creativas de sus gestores individuales e institucionales.
- En el Centro de Documentación deberán coexistir los archivos físicos y los formatos digitales de almacenamiento y difusión de la información.
- Esta organización de conservación y difusión del conocimiento en comunicación, educación y participación comunitaria deberá articularse en redes más amplias que extiendan su radio de acción y enriquezcan sus existencias físicas y virtuales.

- Para alcanzar sus propósitos de impulsar la comunicación, la educación y la participación comunitaria orientadas hacia el cambio de comportamientos, el Centro de Documentación deberá ser puerto de emisión de procesos educativos a distancia, empleando tecnología informática. Para ello debe articularse técnica y académicamente a las redes oficiales del sistema educativo y de salud y acoplarse a su estructura.
- La ubicación espacial del Centro de Documentación debe establecerse en una universidad de relevancia nacional que garantice su sostenibilidad, así como su conectividad con otros puntos locales, regionales y globales que alimentarán sus archivos bibliográficos, hemerográficos y de materiales.
- El Centro de Documentación será un ámbito de recolección y organización de información, así como un espacio de sistematización e investigación y, a la vez, territorio académico de formación de comunicadores, educadores e impulsores de la participación comunitaria en salud.

## 2. Instrumento de investigación

El instrumento de investigación fue aplicado por los asistentes locales en cada uno de los ámbitos de intervención de la consultoría. Inicialmente se había propuesto trabajar 30 entrevistas en todos los ámbitos. Al final del proceso se logró realizar 82 entrevistas, superándose largamente la cifra inicial proyectada. Aún así, esta muestra no es probabilística y los resultados, como consecuencia de esto, no son generalizables, aunque la interpretación de la información que aquí se opera sí podría tener una validez importante.

Las 82 entrevistas aplicadas se distribuyeron así en los diversos ámbitos:

|                          |                |
|--------------------------|----------------|
| ■ Cuzco                  | 3 entrevistas  |
| ■ Ucayali - Pucallpa     | 11 entrevistas |
| ■ Lima                   | 9 entrevistas  |
| ■ Cerro de Pasco         | 10 entrevistas |
| ■ Ayacucho               | 13 entrevistas |
| ■ San Martín - Tarapoto  | 12 entrevistas |
| ■ Huánuco                | 8 entrevistas  |
| ■ La Libertad - Trujillo | 16 entrevistas |

## III. RESULTADOS

En este acápite se consignan los resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento de investigación y de la transcripción de las entrevistas grabadas a los

informantes que consintieron el registro magnetofónico de sus declaraciones. Es importante mencionar que de la totalidad de personalidades abordadas (81), solamente 47 de ellas pasaron por el proceso de transcripción total.

Los datos están agrupados en enfoques cuantitativos y cualitativos de acuerdo al procedimiento de recopilación de información basado en preguntas cerradas y abiertas que componen los instrumentos de la investigación.

## 1. Perfiles de los entrevistados

### ENTREVISTADOS SEGÚN SU PROFESIÓN / OCUPACIÓN

#### *Prestador de salud / PS*

Responsables de unidades preventivas  
Coordinadores de programas de salud  
Jefaturas de departamentos de salud  
Psicólogos  
Directores de Promoción de la Salud  
Asistentes sociales  
Directores de proyectos de MINSA y EsSALUD  
Enfermeras  
Técnicos en enfermería

#### *Administrativos en salud / adm.*

Directora de comunicaciones MINSA  
Jefes de Departamento de Imagen  
Relacionistas públicos  
Técnicos en periodismo  
Voluntariado de EsSALUD

#### *Organismos No Gubernamentales*

Jefes de proyecto  
Responsables del área de salud  
Comunicadores sociales especializados en desarrollo  
Salubristas

#### *Otros*

Jefes de Departamento de universidades  
PRONAA  
DEMUNA  
Dirección Regional de Educación  
AMRESAM  
Pastoral de la Prelatura

## 2. Consolidado de hallazgos general: perspectiva cuantitativa

Ámbitos: Ayacucho / Cerro de Pasco / Cuzco / Huánuco / Lima / Ucayali - Pucallpa / San Martín - Tarapoto / La Libertad – Trujillo.

Número de entrevistados: 81.

¿Cuál es la experiencia en Comunicación, Educación y Participación Comunitaria (CEPC) con la que cuenta?

|  | Prestadores de salud | Administrativos en salud | ONG | Otros | TOTAL |
|--|----------------------|--------------------------|-----|-------|-------|
| Elaboración de diagnósticos                  | 2                    |                          |     |       | 2     |
| Diseños de intervención de CEPC              |                      |                          |     |       | --    |
| Diseño y ejecución de intervenciones de CEPC | 1                    |                          |     | 1     | 2     |
| Producción y validación de materiales        | 2                    |                          |     |       | 2     |
| Evaluación                                   |                      |                          |     |       | --    |
| Proceso completo                             | 11                   | 5                        | 15  | 2     | 33    |
| Más de 1                                     | 9                    | 3                        | 2   | 6     | 20    |
| Más de 3                                     | 14                   |                          | 2   |       | 16    |
| Otros/ninguno                                | 3                    | 2                        | 1   |       | 6     |
| TOTAL  | 42                   | 10                       | 20  | 9     | 81    |

¿Qué capacitación ha recibido para mejorar su trabajo en Comunicación, Educación y Promoción de la Salud?

|                          | Prestadores de salud | Administrativos en salud | ONG | Otros | TOTAL |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----|-------|-------|
| Talleres                 | 11                   |                          | 6   | 3     | 20    |
| Cursos a distancia       | 1                    |                          |     | 1     | 2     |
| Capacitación en servicio | 7                    | 4                        | 2   |       | 13    |
| Más de 1                 | 9                    | 4                        | 11  | 4     | 28    |
| Otros /autocapacitación  | 6                    |                          | 1   |       | 7     |
| Ninguno                  | 8                    |                          | 2   | 1     | 11    |
| TOTAL                    | 42                   | 10                       | 20  | 9     | 81    |

Necesidades de Información / Centro de Documentación\*

|                                     | Prestadores de salud | Administrativos de salud | ONG | Otros |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|-----|-------|
| Información para conseguir expertos | X                    | X                        |     | X     |

| DIAGNÓSTICO                 | Prestadores de salud | Administrativos de salud | ONG | Otros |
|-----------------------------|----------------------|--------------------------|-----|-------|
| Material cuanti/cualitativo | XXX                  | XXX                      |     | XX    |
| Información documental      | XXX                  | XXX                      |     | XX    |
| Estudio de audiencias       | XXX                  | XXX                      |     | XX    |
| Estudio de medios           | XXX                  | XXX                      |     | XX    |

| DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN       | Prestadores de salud | Administrativos de salud | ONG | Otros |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|-----|-------|
| Caracterización de públicos     | XX                   |                          |     |       |
| Priorización de comportamientos | X                    |                          |     |       |
| Elaboración de objetivos        | X                    |                          |     |       |
| Selección y mezcla              | XX                   | X                        |     | X     |

| EJECUCIÓN DE LA INTERVENCIÓN | Prestadores de salud | Administrativos de salud | ONG | Otros |
|------------------------------|----------------------|--------------------------|-----|-------|
| Diseño y validación          | X                    | X                        |     |       |
| Producción y distribución    | XX                   | X                        |     |       |
| Difusión estratégica         | XX                   | X                        |     |       |

| INFORMACIÓN PARA MONITOREO | Prestadores de salud | Administrativos de salud | ONG | Otros |
|----------------------------|----------------------|--------------------------|-----|-------|
| Impactos varios            | XX                   |                          |     | XX    |

XXX: De mayor incidencia en las respuestas

XX: Menor consideradas, pero sí mencionadas

X: Mencionadas una vez

(\*) Los datos considerados en estos cuadros reflejan la mayor incidencia de respuestas, y no necesariamente el número exacto de entrevistados en relación con sus respuestas.

¿Qué tipo de información y/o tecnología desearía encontrar en un Centro de Documentación para CEPC?

|                              | Prestadores de salud | Administrativos en salud | ONG | Otros | TOTAL |
|------------------------------|----------------------|--------------------------|-----|-------|-------|
| Documental                   |                      | 1                        |     | 1     | 2     |
| Estadística                  |                      |                          | 1   | 1     | 2     |
| Materiales educativos        | 3                    |                          |     |       | 3     |
| Tecnología de la información | 1                    | 1                        |     |       | 2     |
| Más de 1                     | 9                    | 3                        | 6   | 2     | 20    |
| Todas                        | 29                   | 5                        | 13  | 5     | 52    |
| TOTAL                        | 42                   | 10                       | 20  | 9     | 81    |

¿Considera usted que además de los recursos documentales que debe tener un Centro de Documentación, debería contar con recursos de producción de materiales de comunicación?

|       | Prestadores de salud | Administrativos en salud | ONG | Otros | TOTAL |
|-------|----------------------|--------------------------|-----|-------|-------|
| SÍ    | 42                   | 10                       | 18  | 9     | 79    |
| NO    |                      |                          | 2   |       | 2     |
| TOTAL | 42                   | 10                       | 20  | 9     | 81    |

¿Qué recursos técnicos para la producción considera usted que debería tener el Centro de Documentación?

|   | Prestadores de salud | Administrativos en salud | ONG | Otros | TOTAL |
|---|----------------------|--------------------------|-----|-------|-------|
| Equipos para producción audiovisual             | 1                    |                          | 3   |       | 4     |
| Equipos para producción radial                  | 1                    |                          |     |       | 1     |
| Equipos para producción de impresos             | 1                    |                          |     | 1     | 2     |
| Talleres para producción de medios alternativos | 1                    |                          |     |       | 1     |
| Más de 1  | 10                   | 2                        | 5   | 1     | 18    |
| Todos   | 28                   | 8                        | 10  | 7     | 53    |
| Ninguno   |                      |                          | 2   |       | 2     |
| TOTAL   | 42                   | 10                       | 20  | 9     | 81    |

### 3. Perspectiva cualitativa

Aquí se consigna una síntesis analítica de las respuestas a las preguntas abiertas contenidas en el instrumento. De estas se desprenden, como en el acápite anterior, elementos útiles para la elaboración de las conclusiones.

¿En cuáles intervenciones de CEPC ha participado y qué actividad ha realizado en ella?

Entre las intervenciones realizadas predominan las campañas hechas desde una institución estatal o un Organismo No Gubernamental.

#### CAMPAÑAS:

- Educativas
- IEC
- Promoción de la salud
- Odontológicas
- Integrales
- Salud integral infantil
- Salud mental
- Preventivas: prevención ETS, prevención en colegios
- Contra el cólera
- Mejorar las condiciones de vida del adulto mayor
- Sensibilización
- Sociodramas, pasacalles
- Capacitaciones a promotores, club de madres, centros educativos
- Ferias de salud
- Grupos de ayuda mutua entre personas con SIDA
- Diagnósticos
- Evaluaciones

Además, se halló que los entrevistados participan en programas diseñados verticalmente y de cobertura nacional, como los que se señalan a continuación.

#### PROGRAMAS:

- IEC
- EPS
- PSNB
- IRA
- EDA
- Prevención VIH



¿Qué evaluación hace de su participación en la intervención?

Lo positivo es que hay relación entre emisores y receptores de la intervención, con lo cual se logra una participación activa de ambos, se enriquece la experiencia de los promotores de salud y se consiguen cambios de hábitos de salud de los pobladores de las zonas intervenidas.

Lo negativo radica principalmente en la falta de participación y concientización por un sector de la comunidad para el cambio de hábitos. También es considerado un aspecto negativo la falta de recursos económicos, ya que el bajo presupuesto afecta a los promotores, quienes no pueden hacer una campaña duradera ni la evaluación correspondiente.

¿Qué otras intervenciones conoce que se han realizado en su ámbito y que deberían ser tomadas en cuenta? Persona clave para contactar.

En la pregunta sobre otras intervenciones realizadas en los distintos ámbitos investigados se encontró que prevalecen las que están relacionadas con el MINSA, seguidas por las de las ONG y, finalmente, otras que han sido realizadas por organismos estatales y de cooperación.

La lista es la siguiente:

- MINSA: EDA, TBC, VIH.
- ONG: CEDRO, PRISMA (Proyecto Cusi Ayllu), CARE, Healthnet, CECACI y CIENES (UNSCH - Ayacucho), Proyecto Tusi, Huamán Poma, ADRA, CARITAS, Manuela Ramos, CIPA.

Las otras instituciones e intervenciones mencionadas son:

- USAID
- PROMUDEH
- PRONAA
- UNICEF
- OPS
- Laboratorios Roche
- Municipalidad de Lima

¿Qué tipo de información pudo conseguir fácilmente cuando participó en el diseño de una intervención de CEPC?

Se destacó que en lo estadístico y los datos epidemiológicos no existe dificultad para conseguir información. Luego se encuentran los objetivos de comunicación, redacción de mensajes, información y participación de la población que se tiene como público objetivo, así como el acceso a materiales informativos de diferente índole y

datos conseguidos vía Internet. Hay que mencionar que seis entrevistados indican que tienen dificultades en conseguir todo tipo de información; en cambio, otros cinco indican que no tuvieron ninguna dificultad.

¿Dónde la consiguió?

Según la respuesta anterior, la información de más fácil acceso es la que producen los mismos encuestados. En el sector salud son los datos que se van acumulando en sus departamentos de archivo o inteligencia sanitaria, los cuales además de estar disponibles para el personal que allí labora, también son compartidos vía la Red Científica. En las ONG sucede algo similar, ya que la información y los materiales de los que se dispone fueron utilizados en intervenciones o campañas anteriores, ya sea dentro de ese ámbito, en alguna zona, al nivel nacional, o en el campo internacional (vía Internet).

Para conseguir datos estadísticos también se remiten a las diferentes oficinas del Instituto Nacional de Estadística e Informática. En algunos ámbitos, los Consejos Transitorios de Administración Regional<sup>4</sup> poseen este tipo de información. Por último, se debe mencionar a las bibliotecas municipales y universitarias como las de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión y la Universidad Nacional de Trujillo.

¿Fue de fácil acceso?

La mayoría de los entrevistados hizo referencia a que fue de fácil acceso, principalmente por dos motivos: por amistad con quienes tienen la información o por solicitar la información con anticipación, sin importar si quien busca la información sea un administrador de salud, una ONG u otro. Apenas uno de los entrevistados indicó que tuvo dificultad debido a los trámites burocráticos o por celos de la información, y un pequeño grupo no respondió a la pregunta.

¿Dónde imagina usted que sería la ubicación ideal de un Centro de Documentación Especializado en CEPC para la promoción de la salud?

Para los entrevistados, el lugar ideal de la ubicación del Centro de Documentación es general, lo que quiere decir que hay consenso entre las diferentes profesiones y ocupaciones, debiendo tomarse en cuenta el siguiente orden:

1. En algún establecimiento del MINSA o de EsSALUD
2. En alguna universidad
3. Lugar neutral e independiente

.....  
<sup>4</sup> Nombre que tenían al momento de realizar el estudio. Hoy, gobiernos regionales.

Las características de esta ubicación deben regirse por: “ser un lugar estratégico y adecuado, en la capital de Departamento y de fácil acceso”. En solo dos casos se mencionó la posibilidad de que el centro sea totalmente virtual (Johns Hopkins University).

¿Existe en su comunidad algún centro de documentación, institución o persona individual a donde usted recurra para buscar información destinada al diseño y la ejecución de actividades de CEPC para la promoción de la salud?

40 personas indican que no existe o desconocen si existe un centro de documentación especializado en comunicación para la salud. Es decir, casi el 50 % de los entrevistados afirman la inexistencia de dicho centro, y el resto menciona al MINSA y al INEI como fuentes principales de información, al lado de instituciones como CEDRO, municipalidades y proyectos particulares.

¿Qué características tiene ese proveedor de información y de qué manera puede contribuir a la formación del Centro de Documentación que se propone en esta investigación?

Las características de este proveedor están relacionadas con el tipo de información: estadística, demográfica y epidemiológica. La información existente circula vía redes (Red Científica). Para tener acceso a la información, en la mayoría de casos, se tiene que seguir conductos regulares (solicitud o convenio interinstitucional).

Algunos de los entrevistados vuelven a mencionar que existen deseos de compartir la información, pero contrariamente otros indican que son muy celosos con ella (prestadores de salud vs. las ONG).

En la mayoría de los casos, la información es escasa e insuficiente y solamente apoya al trabajo comunicativo en un 20% o 30%. A pesar de esto, otros indican que los materiales de comunicación son de garantía y de visión mundial (ONG).

#### IV. CONCLUSIONES

Estas se han establecido de manera general a partir de los consolidados de hallazgos cuantitativos y cualitativos. Las conclusiones aquí expuestas son el resultado de la confirmación o denegación del supuesto básico, así como de las características y elementos considerados al inicio del proceso de investigación.

- Se encontró, en líneas generales, alto nivel de precariedad documental y técnica de los centros de documentación, la mayoría de los cuales recibe esa designación por

parte de sus gestores aunque no reúnan las condiciones reales para ofrecer un servicio extra institucional o exógeno.

- En una mayoría abrumadora se identificó la inexistencia de una plataforma informática en los establecimientos de consulta visitados, casi todos ellos ubicados en espacios institucionales de salud, organizaciones no gubernamentales y universidades, así como en escuelas y bibliotecas públicas.
- Un elemento saltante está relacionado con la inexistencia de una cultura de la consulta entre los supuestos usuarios de los centros de documentación. Este elemento debe cruzarse con la oferta de servicios de consulta que hemos calificado aquí como precaria y con la pertinencia de las colecciones documentales y bibliográficas contenidas en los centros de documentación visitados.
- La carencia de una demanda real de información por parte de jefes, supervisores u otros potenciales demandantes de la información se relaciona con la poca cultivada cultura de la consulta y con que desde la fase de formación escolar de los profesionales involucrados tampoco se constituye en una exigencia que haga sostenible la necesidad de la consulta documental. Esto se explica en las declaraciones de la mayoría de los informantes que afirmaron tener “facilidad de acceso” a información numérica o estadística, la misma que está siempre disponible en unidades correspondientes del entorno laboral del entrevistado.
- La mayoría de los centros documentales no cuenta con sistemas formales de catalogación, y son en realidad archivos documentales endógenos que contienen información producida por la misma organización.
- La inexistencia de una plataforma informática obliga a los usuarios a negociar con ambientes analógicos poco favorables a la conectividad y lejanos de la posibilidad de constituir redes de información.

## PRODUCTO 3

### *Estudio de capacidades existentes en instituciones de formación y capacitación, para entrenar a profesionales en comunicación y promoción de la salud*

---

#### INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la capacidad de las instituciones de formación y capacitación de la región de la zona sur de Chile para entrenar a profesionales en comunicación y promoción de la salud.

Teniendo como finalidad que en el país exista un personal capacitado a largo plazo para la formación en comunicación y promoción de la salud, se realizó un estudio para determinar la viabilidad de las principales instituciones formadoras de la región en desarrollar y preparar a este campo de trabajo, considerando un estudio exploratorio y orientado a métodos, técnicas y procedimientos de trabajo de las instituciones formadoras y capacitadoras en comunicación y promoción de la salud.

El estudio consistió en determinar la capacidad de las instituciones formadoras y capacitadoras de la región de la zona sur de Chile para entrenar a profesionales en comunicación y promoción de la salud, de la segunda etapa de desarrollo de las instituciones formadoras y capacitadoras de la región de la zona sur de Chile, considerando un estudio exploratorio y orientado a métodos, técnicas y procedimientos de trabajo de las instituciones formadoras y capacitadoras en comunicación y promoción de la salud, de la segunda etapa de desarrollo de las instituciones formadoras y capacitadoras de la región de la zona sur de Chile, considerando un estudio exploratorio y orientado a métodos, técnicas y procedimientos de trabajo de las instituciones formadoras y capacitadoras en comunicación y promoción de la salud.

El estudio de investigación se realizó en la región de la zona sur de Chile, considerando un estudio exploratorio y orientado a métodos, técnicas y procedimientos de trabajo de las instituciones formadoras y capacitadoras en comunicación y promoción de la salud.

Para poder realizar este estudio se consideró un estudio exploratorio y orientado a métodos, técnicas y procedimientos de trabajo de las instituciones formadoras y capacitadoras en comunicación y promoción de la salud, de la segunda etapa de desarrollo de las instituciones formadoras y capacitadoras de la región de la zona sur de Chile, considerando un estudio exploratorio y orientado a métodos, técnicas y procedimientos de trabajo de las instituciones formadoras y capacitadoras en comunicación y promoción de la salud.

# ■ Estudio de capacidades existentes en instituciones de formación y capacitación, para entrenar a profesionales en comunicación y promoción de la salud

---

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer las capacidades con las que cuentan las instituciones formadoras de recursos humanos localizadas en las regiones prioritarias y Lima para el desarrollo de programas de formación y capacitación en el campo de la comunicación y promoción de salud.

Teniendo conocimiento de que en el país no se han desarrollado programas a largo plazo para la formación en comunicación y promoción de la salud, el estudio buscó conocer la viabilidad de las principales instituciones formadoras de las regiones de desarrollar programas en este campo. Se hicieron necesarios un abordaje exploratorio y una mirada multidisciplinaria amplia en cada una de las universidades nacionales y organizaciones no gubernamentales más importantes.

El estudio consistió en dos etapas. La primera consistió en una búsqueda y un registro amplio de instituciones formadoras, lo que dio paso a un directorio. En cada institución se levantó información con un abordaje estructurado para identificar productos pedagógicos (programas y cursos) relacionados con la comunicación y promoción de la salud. En la segunda etapa se realizaron entrevistas y grupos focales con autoridades y docentes de las principales instituciones formadoras de cada región para identificar su visión de las necesidades de capacitación y formación en el campo y el interés y la percepción de recursos para integrar un programa en el futuro próximo.

El equipo de investigación estuvo integrado por tres personas. Asimismo, se contó con el apoyo del equipo logístico central y de un grupo de transcritores.

En las páginas siguientes se encontrará una breve descripción de la metodología de investigación, considerando: enfoque, diseño, técnicas y listado de instituciones visitadas y de informantes. También se encontrarán los principales resultados, a partir de un enfoque global de las regiones, y las conclusiones, teniendo en cuenta que el estu-

dio se enmarca en un enfoque estratégico de investigación, cuyos resultados están orientados a la toma de decisiones.

La rigurosidad del análisis está sustentada en la comprobación de los procesos intermedios: metodológico, de procesamiento de la base de datos y de los documentos de codificación. Además se han elaborado documentos primarios o registros de trabajo de campo: transcripciones de entrevistas y grupos focales e informes de visita a instituciones formadoras. Por último, se ha contado también con la información recogida en dos productos intermedios de este estudio: una base de datos sobre instituciones y recursos de formación en comunicación y promoción de salud, y un directorio de instituciones formadoras y capacitadoras.

## II. OBJETIVO

### Objetivo general

- Conocer las capacidades de las instituciones formadoras para formar y capacitar especialistas en comunicación y promoción de la salud.

### Objetivos específicos

1. Identificar las instituciones formadoras que trabajan en los campos de comunicación y promoción de la salud en las regiones prioritarias y Lima.
2. Explorar el interés institucional para capacitar y formar a profesionales en comunicación y promoción de la salud, identificando los perfiles profesionales que las instituciones formadoras ofrecen y desean ofrecer.
3. Conocer los productos educativos, recursos humanos y otros recursos pedagógicos existentes para la formación y capacitación en comunicación y promoción de la salud.

## II. METODOLOGÍA

El enfoque de investigación del estudio fue exploratorio y buscó obtener con flexibilidad la información de las distintas regiones. Esto permitió una aproximación diferenciada en cada región; de allí que no se estimaron cuotas por región y se trabajó con diversos tipos de instituciones y, al interior de cada una, con diversas unidades organizativas que vendrían a ser las facultades o escuelas profesionales.

Denominamos 'instituciones formadoras' a universidades, institutos de educación superior y Organizaciones No Gubernamentales de desarrollo orientadas a la formación de recursos humanos en los niveles de pre y post grado, así como a la denominada educación continua o capacitación en servicio orientada a los profesionales en ejercicio.

Hacemos la distinción entre formación y capacitación para distinguir dos tipos de productos pedagógicos con objetivos diferentes. Los programas de formación constituyen un conjunto articulado de cursos orientados estratégicamente a la creación de un perfil de egresado, y los cursos de capacitación son un producto pedagógico de corto plazo cuyos objetivos comprenden la adquisición de competencias específicas en los alumnos.

Consideramos capacidades de formación el interés y los recursos de las instituciones para desarrollar productos pedagógicos específicos. El **interés institucional** está constituido por una voluntad de intervención de los equipos institucionales, que pueden estar plasmados en líneas de acción y proyecciones a mediano y largo plazo para orientar y reorientar sus productos pedagógicos y sus poblaciones, o como consenso de intereses o metas comunes plasmados o no en documentos institucionales.

Los **productos y subproductos pedagógicos** son los programas y cursos que se dictan, considerando que en ellos se han articulado en una determinada composición el interés institucional, los recursos humanos, los materiales y las tecnologías disponibles. Denominamos **recursos humanos** a los profesionales que imparten o pueden desarrollar cursos y programas en comunicación y promoción de la salud para las distintas competencias de los perfiles profesionales propuestos. Se consideró una dimensión individual y una dimensión colectiva, teniendo en cuenta que cualquier programa de formación o capacitación en comunicación y promoción de la salud exigiría un trabajo mancomunado e integrado de profesionales de diversas especialidades.

## Diseño

El estudio tuvo dos estrategias de generación de información: el componente extensivo y el intensivo.

**Componente extensivo:** estrategia orientada a identificar las instituciones formadoras de las regiones prioritarias y las más relevantes instituciones en Lima. A partir de ello, se generó información sobre productos ofrecidos en comunicación y promoción de la salud. Esta información se organizó en una base de datos.

**Componente intensivo:** una segunda estrategia metodológica responde a un acercamiento cualitativo y profundo a las instituciones más relevantes, universidades y las ONG con trabajo en las regiones prioritarias. Se obtuvo información sobre el clima



institucional y el interés en participar en programas de formación en comunicación y promoción de salud.

## Unidades de observación

### *Unidades de observación del componente extensivo*

Las unidades de observación para el directorio de instituciones estuvieron delimitadas a las instituciones formadoras ubicadas en las regiones prioritarias y las más relevantes en la ciudad de Lima orientadas al tema específico. Se tuvieron en cuenta instituciones públicas y privadas: universidades, ONG, institutos superiores de prestigio local y experiencias descentralizadas (programas en colaboración con instituciones de otras regiones).

### *Unidades de observación del componente intensivo*

Las unidades de observación del componente intensivo se eligieron priorizando en cada región la universidad más prestigiosa en el campo de estudio. Se visitaron todas las facultades y escuelas profesionales ligadas al campo de la comunicación o de promoción de la salud, considerando Ciencias Médicas, Enfermería, Obstetricia, Educación, Ciencias Sociales y Trabajo Social. Adicionalmente, se eligieron casos de algunas ONG cuyas experiencias fueron calificadas por los equipos central y local de investigación como de una riqueza singular, considerando su reconocimiento en el medio local, su nivel de institucionalización en la región y su compromiso con el campo de la salud.

En cada institución formadora se revisaron **documentos institucionales**: presentaciones y planes de estudios de programas y cursos afines a la comunicación y promoción de la salud y documentos de evaluación de los productos pedagógicos. Se entrevistaron **autoridades**: decanos de facultades, coordinadores de programas, directores académicos, directores de Organismos No Gubernamentales, coordinadores del área de capacitación o recursos humanos. Por último, se realizaron entrevistas y grupos focales con **operadores de programas**: docentes, capacitadores, facilitadores.

## Técnicas de generación de información

Se utilizaron instrumentos en distinto nivel de estructuración. El formato se llenó mediante una **entrevista estructurada** a operadores de programas y cursos, comple-

mentándose la información con la **observación de fuentes secundarias** necesaria para conocer los contenidos de programas y cursos, así como sus características poblacionales y perspectivas teórico-metodológicas.

Se realizaron **entrevistas semi-estructuradas** a autoridades y docentes y **grupos focales** con docentes. Estas técnicas de investigación cualitativa fueron aplicadas flexiblemente, intentando generar un espacio de discusión temática con los participantes, de modo que los intereses institucionales fueran compartidos. En muchos casos la experiencia de investigación fue también una intervención, a decir de los propios participantes que compartían, algunos por primera vez, formas de ver los problemas sociales y sus relaciones con la institución.

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron los siguientes:

- Formato de directorio de instituciones formadoras
- Criterios de selección de entrevistados y participantes de grupos focales y formas de codificación de las aplicaciones
- Guía de entrevista semi-estructurada a autoridades de instituciones formadoras
- Guía de grupos focales a docentes, capacitadores y facilitadores
- Ficha de datos de participantes en grupo focal

Se aplicaron formatos a 70 unidades gerenciales de 40 instituciones en las regiones y Lima. Se desarrollaron 62 entrevistas a decanos, coordinadores de programas y docentes de comunicación y áreas afines de las universidades, ONG locales e institutos más importantes de 7 regiones y Lima. Además, se realizaron 6 grupos focales con docentes.

## IV. RESULTADOS

### Las instituciones estudiadas: poder y cultura organizacional

En las instituciones visitadas se observó una gran heterogeneidad organizativa en varios niveles. Un primer nivel de diferenciación está dado por la organización de las ONG frente a la organización universitaria, orientada la primera a un esquema de desarrollo de proyectos, donde las experiencias de capacitación de recursos humanos son parte de una estrategia mayor y no son exclusivas ni constituyen muchas veces la línea de acción prioritaria. Más aún, todos los proyectos se organizan sobre un eje temático, lo que lleva a una priorización de lo temático frente a lo metodológico en las capacitaciones.

Un segundo nivel de diferenciación tiene que ver con la organización de las universidades, donde los programas de comunicación y promoción de la salud se encuentran ubicados en diversas unidades organizativas. Mientras en algunas universidades, sobre todo en Lima, se encuentra independizada y con nivel de Facultad la disciplina comunicacional, en las universidades locales encontramos en su mayoría la existencia de escuelas de Comunicación insertas en facultades de Educación, Trabajo Social o Ciencias Sociales. Por otro lado, los programas relacionados con Salud Pública se hallan en el nivel de postgrado —salvo el caso de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, que también tiene un programa de pregrado en Salud Pública— y organizados en función de diversas facultades: Medicina, Enfermería o Salud Pública.

En las universidades locales se observó cierto nivel de conflicto que, en algunos casos, llevó a la paralización de actividades. En Cuzco, Ayacucho y La Libertad encontramos universidades con menores niveles de conflicto, lo que parece explicarse por los propios recursos organizativos.

Un elemento que homogeneiza las universidades locales está relacionado con la vinculación y el ejercicio de trabajo integrado de las diversas unidades organizativas, sean facultades o escuelas profesionales. En todas las universidades se halla muy poca relación entre las facultades; los programas son, en su mayoría, unidisciplinarios. Casos aislados son los programas de maestría en Salud Pública y en Educación Intercultural (en la PUCP) que convocan a docentes de varias especialidades.

Un segundo elemento de homogeneización tiene que ver con la escasa vinculación entre las unidades organizativas y los órganos de decisión mayores. Esto influye en la disparidad de conocimiento e interés entre las autoridades y los docentes: mientras los primeros mostraron mayormente gran distancia hacia el tema, los segundos revelaron un gran interés y un fluido conocimiento de la problemática de la promoción de la salud.

Un tercer elemento está relacionado con la alta centralización de poder en las instituciones y el manejo de relaciones interpersonales de poder distantes de las democráticas, lo que redundó en un pesimismo de los operadores para planificar una propuesta, considerando que estas difícilmente serán tomadas en cuenta.

## **Necesidades de formación y capacitación en comunicación y promoción de salud**

### *Enfoque de la formación de los recursos humanos*

Se pudieron observar diferentes niveles de cercanía al campo de la promoción de salud. En las autoridades, en muchos casos, había desinformación al respecto, y estas no contaban con un abordaje específico, sobre todo en las disciplinas sociales y de

comunicación. En cambio, en las disciplinas autodenominadas de salud se hallaba no solo un discurso estructurado, sino también un posicionamiento sobre el campo de intervención disciplinaria: Enfermería, Obstetricia, Salud Pública. Cabe anotar que en las disciplinas de Antropología, Sociología y Comunicaciones se planteó la dedicación a temas de salud como una opción personal de algunos profesionales, siempre orientada hacia una visión mayor de desarrollo —perspectiva ausente en la aproximación de las Ciencias de la Salud—.

La desvinculación entre la formación de los recursos en el pregrado y la intervención en los campos laborales específicos fue un elemento considerado por los entrevistados como una dificultad estructural del planteamiento de formación universitaria que se maneja en por lo menos dos dimensiones: la del programa de formación propiamente dicho, dominado por una perspectiva teórica, abstracta y una metodología expositiva casi exclusivamente diseñada en los claustros universitarios, y la de los recursos humanos docentes, donde se encuentra una distorsión para compartir el horario de trabajo entre la docencia —casi siempre con bajos niveles remunerativos y de incentivos— y el trabajo de intervención en instituciones, proyectos o servicios que ofrecen al profesional el complemento de honorarios y una experiencia de campo importante.

El conflicto se produce cuando los espacios, en vez de complementarse y potenciarse, terminan perjudicando el uno al otro, llegando a plantearse tres situaciones hipotéticas: un docente con dedicación exclusiva, con una aproximación teórica y desvinculada de la realidad regional; un docente que comparte la docencia y la intervención, donde las demandas de tiempo y esfuerzo en la intervención interfieren con sus capacidades y convierten el ejercicio de dictado de clases en un acto de sobrecarga laboral, y, por último un docente que comparte labores entre la docencia y la intervención, haciendo de la docencia un espacio de reflexión que compromete y hace eficaz su desarrollo profesional y un espacio de intervención que le permite la vivencia de lo que predica y le da nuevos parámetros de conocimiento y posibilidades de orientación práctica a los alumnos.

Según nuestros entrevistados, el caso más frecuente es el segundo modelo. Nuestra hipótesis al respecto es que esta situación ocurre porque el sistema de fraccionamiento de la acción humana, que persiste en el enfoque institucional, coloca a las personas en el conflicto. No existe, por un lado, una política explícita de recursos humanos en las universidades que hagan realidad las declaraciones de vinculación de la universidad con la problemática social. Por otra parte, desde instituciones de intervención, el personal es visto como recurso dado y no que está dándose; es decir, no se enfoca su labor en un plano de desarrollo profesional. Asimismo, es importante mencionar que existen dos estereotipos muy marcados entre las instituciones universitarias y las orga-

nizaciones de intervención, al colocarse respectivamente en la oposición teoría/práctica, oposición sumamente superficial y estereotipada, reforzada por un enfoque pragmático que marcó la ideología de los años noventa donde la reflexión, la crítica y la política se veían como obstáculos del desarrollo vinculado a la técnica, la tecnología y el trabajo.

Las pocas experiencias que vinculan la enseñanza y la intervención se han dado en las relaciones entre la universidad y los servicios, donde el espacio de intervención se proporciona, en sentido estricto, como experiencia de aplicación de conocimientos y no de generación de los mismos. Por otro lado, las Organizaciones no Gubernamentales no identifican como su rol la formación de recursos humanos o la generación de información, lo que hace que sus mayores esfuerzos estén destinados a diseñar, ejecutar y evaluar intervenciones con indicadores de logro solo en ítems poblacionales, sin considerar dentro de sus efectos e impactos la generación de información valiosa o la transformación de los profesionales de sus equipos y los capacitados.

### **Poblaciones objetivo**

Los informantes reconocieron cuatro perfiles de estudiantes: los promotores de salud no profesionales, los profesionales que trabajan en promoción de la salud, los alumnos de pregrado de las diversas disciplinas vinculadas al desarrollo y los comunicadores con especialización en salud. No se identificó en el imaginario de nuestros entrevistados un profesional ad hoc en comunicación y promoción de la salud.

*Los promotores de salud* son percibidos como parte de la población, comparten su cultura y sus costumbres, están ya inmersos en la población y por ello tienen ya una legitimidad ganada en con el personal foráneo. Se perciben con necesidades de mayores conocimientos técnicos sobre los procesos salud-enfermedad y, en relación con la comunicación, ponen mucho énfasis en el aprendizaje de técnicas pedagógicas que posibiliten una mejor llegada a sus interlocutores. En muy pocos casos se habló de la necesidad de incentivar un manejo de salud integral de los promotores, que supere sus funciones producidas por la lógica vertical de los programas del MINSA (actualmente en transformación), que reproducía equipos de promotores por cada programa. Aunque trabajaban con las mismas poblaciones o con poblaciones específicas, se enfocaba un solo problema, perdiéndose la oportunidad de una intervención integral con un manejo eficiente de recursos. Aparece en algunos discursos la necesidad de incorporar en este segmento de trabajo a los profesores de las escuelas y colegios locales.

*Los alumnos de pregrado en disciplinas asociadas al desarrollo* son percibidos como el “antes” de los profesionales que actualmente trabajan en promoción de la salud.

Están consideradas profesiones de la salud, sociales, psicológicas y hasta las ingenierías, aduciendo que, cuando se trata del desarrollo, las diversas disciplinas son convocadas y se encuentran sin las capacidades para dialogar ni, mucho menos, trabajar conjuntamente. El supuesto que se percibe es que esta disposición al trabajo interdisciplinario y la incompetencia del trabajo en equipo se generan en los primeros años de estudio o estudios de pregrado; por ende, es necesario proporcionar un enfoque de apertura y tolerancia a la diferencia de perspectivas.

*Los profesionales que trabajan en promoción de la salud* son identificados como profesionales de las disciplinas convencionales de salud: médicos, enfermeras, obstetras, educadores. Si bien existe un espectro más amplio de profesiones involucradas, los entrevistados aducen un marcado acento en la formación biomédica y, en segunda medida, en la formación pedagógica.

*Los comunicadores interesados en la promoción de salud* son considerados como profesionales de Ciencias de la Comunicación que obtienen una especialización en el campo de la salud. Se habla de ellos desde un enfoque prospectivo, considerando que no existe esa formación en la actualidad, pero que de existir contaría con el perfil de un comunicador en manejo de abordajes y técnicas. Se piensa fundamentalmente en un enfoque de Comunicación para el Desarrollo, aunque cabe destacar que ese tipo de especialidades existentes escasamente toca el tema de salud en sus planes de estudio.

*Los comunicadores promotores de salud* no existen en el imaginario de las instituciones formadoras. Por negación, se llegó a plantear que se trataría de una persona sin formación de pregrado.

## Necesidades de formación y capacitación identificadas

Las necesidades que nuestros informantes identifican en la población objetivo tendrían una relación directa con las diversas poblaciones y sus perfiles diferenciados. Es según cómo son —o, mejor dicho, cómo perciben que son— que se establecerán las necesidades de capacitación y formación.

En la siguiente matriz detallamos las necesidades explícitas en los discursos de los entrevistados. Para consideraciones analíticas hemos diferenciado tres dimensiones de las necesidades: la comunicación, la salud-enfermedad y la cultura-sociedad. Esta segmentación está enmarcada en una diferenciación disciplinaria: las Ciencias de la Comunicación, las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales, considerando que las Ciencias de la Salud tendrían un plano de reflexión específica en las ciencias orientadas a la prevención y al cuidado, más que a las ligadas a la recuperación.

## Necesidades de formación y capacitación según poblaciones objetivo

| Población  | Perfil<br>(competencias que se tienen)  | Comunicación  | Salud-enfermedad   | Cultura y sociedad  |
|--|---|---|--|---|
| Promotores de salud                                    | a) Conocimiento de su población<br>b) Posicionamiento en su población   | a) Necesitan conocer técnicas pedagógicas y comunicacionales para la interacción cara a cara        | a) Necesitan contenidos temáticos específicos al tema propuesto<br>b) Necesitan aproximación a la salud integral y contenidos  | a) No tendrían que aprender porque comparten la cultura de la población en la que trabajan  |
| Alumnos de pregrado                                    | a) Flexibilidad en su enfoque de la realidad que permitiría controlar los sesgos disciplinarios   |   | a) Necesitan contenidos temáticos para llevar individualmente estilos de vida saludables   | a) Necesitan comprender el enfoque de salud dentro del enfoque interdisciplinario de desarrollo<br>b) Necesitan aprender a trabajar en equipo y valorarlas distintas aproximaciones   |
| Profesionales que trabajan en la promoción de la salud | a) Experiencia de contacto con la población<br>b) Conocimientos técnicos de la prevención de la enfermedad<br>c) Voluntad de aprender porque de ello depende su eficacia laboral<br>d) Cualquier transformación repercutirá inmediatamente en el trabajo con la población   | a) Necesitan conocer técnicas pedagógicas<br>b) Necesitan conocer de medios de comunicación masivos | a) Necesitan conocimientos desde la óptica de la salud, y constreñir el enfoque de la salud como negación de enfermedad  | a) Necesitan un abordaje socio-cultural para entender a las poblaciones con las que trabajan<br>b) Necesitan un abordaje socio-político-estratégico para conocer e intervenir en la política local en la que trabajan<br>c) Necesitan conocer metodologías para identificar lo que piensan las poblaciones sobre sus problemas de salud y enfermedad<br>d) Necesitan conocer el idioma de las poblaciones<br>e) Necesitan comprender el enfoque de salud al interior del enfoque interdisciplinario de desarrollo<br>f) Necesitan aprender a trabajar en equipo |
| Comunicadores  | a) Competencias en el campo de la comunicación<br>b) Manejo de técnicas para diseñar y ejecutar programas de intervención con uso de medios.<br>c) Conocimiento de metodologías para identificar lo que piensan las poblaciones sobre sus problemas de salud y enfermedad<br>d) Creatividad y expresión artística afianzadas en su pregrado |   | a) Necesitan aprender el panorama de la salud-enfermedad en el país y la región<br>b) Requieren contenidos temáticos para llevar estilos de vida saludables<br>c) Deben aprender a trabajar y liderar, generando consensos y equipos interdisciplinarios | a) Necesitan un abordaje socio-cultural para entender a las poblaciones con las que trabajan<br>b) Necesitan un abordaje socio-político-estratégico para conocer e intervenir en la política local en la que trabajan<br>c) Necesitan comprender el enfoque de salud dentro del enfoque interdisciplinario de desarrollo<br>d) Necesitan conocer el idioma de las poblaciones<br>e) Necesitan aprender a trabajar en equipo   |

| Población                           | Perfil<br>(competencias<br>que se tienen)   | Comunicación  | Salud-enfermedad  | Cultura y sociedad  |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
| Comunicadores y promotores en salud | En principio, están ausentes en el imaginario. Serían supuestamente jóvenes y sin sesgos disciplinarios | a) Competencias en el campo de la comunicación, desde políticas hasta intervenciones operativas<br>b) Manejo de técnicas para diseñar y ejecutar programas de intervención<br>c) Creatividad y expresión artísticas afianzadas en su pregrado | a) Necesitan conocimientos desde la óptica de la salud, y constreñir el enfoque de la salud como negación de enfermedad<br>b) Deben aprender el panorama de la salud-enfermedad en el país y la región<br>c) Contenidos temáticos para llevar estilos de vida saludables<br>d) Deben aprender a trabajar y liderar, generando consensos y equipos interdisciplinarios | a) Necesitan aprender a trabajar en equipo, valorando las distintas aproximaciones<br>b) Necesitan un abordaje socio-cultural para entender a las poblaciones con las que trabajan<br>c) Necesitan un abordaje socio-político-estratégico para conocer e intervenir en la política local<br>d) Necesitan conocer metodologías para identificar lo que piensan las poblaciones sobre sus problemas de salud y enfermedad<br>e) Necesitan conocer el idioma de las poblaciones<br>f) Necesitan comprender el enfoque de salud dentro del enfoque interdisciplinario de desarrollo<br>g) Necesitan aprender a trabajar en equipo |

En el análisis de las necesidades identificadas debemos poner atención en lo siguiente:

- La relativa ausencia de los niveles macro de intervención, en lo que se refiere al diseño de políticas de comunicación y promoción de salud.
- El énfasis persistente en el trabajo interpersonal en relación con la población.
- El énfasis reiterativo de la necesidad del trabajo en equipos interdisciplinarios.
- La relativa ausencia de detalles de necesidades en el área de la comunicación y una cierta persistencia en un enfoque instrumental de lo comunicacional nos hacen pensar que, como el campo aún es nuevo, no aparecen necesidades concretas.
- La elevada presencia en el discurso de las dimensiones culturales en la población y de cultura organizacional en las instituciones formadoras.
- La relativa ausencia de un enfoque de desarrollo desde las disciplinas de la salud tradicionales y de la temática de pobreza e inequidad en los discursos de los entrevistados.

A partir de lo investigado encontramos dos tipos de concepciones ligadas a la promoción de la salud que se relacionan entre sí, aunque pertenezcan a dos paradig-



mas teórico-metodológicos; lo importante es que aparecen como formas de intervención diferenciadas con agentes distintos, siempre en el ámbito local:

*Una práctica informativa, difusionista*, que vendría dándose y que necesitaría de una capacidad creativa y técnica. Mediante esta práctica se adaptan los mensajes y se hacen operativas las estrategias. Los actores serían los promotores de salud, los docentes escolares y los promotores de pares. No aparecen los medios de comunicación, pero estos estarían aquí de aparecer.

*Una práctica de construcción de consensos*, que por el momento estaría ausente y necesitaría de cuadros nuevos que, en el nivel local, reorienten las intervenciones en dos frentes: interno, de trabajo en equipo, y externo, con las poblaciones; y que diseñen y planteen metas concertadas y estrategias compartidas por distintos actores de la comunidad. Para esto son necesarios el enfoque y las metodologías políticos y sociales.

De acuerdo con estos enfoques aparece el comunicador-promotor de salud, que tendría los siguientes roles:

*El rol traductor*: encargado de convertir los mensajes técnicos de los profesionales en mensajes efectivos adecuados culturalmente, para lograr que la población cambie sus comportamientos según sea necesario.

*El rol bisagra*: su tarea es asimilar coherente y lógicamente los mensajes de múltiples disciplinas a una propuesta mixta que resuelva los conflictos interdisciplinarios.

*El rol negociador-conciliador-planificador*: encargado de propiciar los procesos para el desarrollo de consensos y planificación de estrategias de comunicación concertadas, que puedan responder a los problemas en el campo de la salud con un enfoque intercultural y de desarrollo.

## Recursos de las instituciones formadoras

El enfoque exploratorio del estudio permitió la flexibilidad necesaria para acceder a los recursos (documentos, materiales). Se generó información de 70 unidades organizativas de 40 instituciones formadoras, llegando a tener acceso a sumillas y syllabus de 286 cursos: 113 en Lima y 173 en las regiones prioritarias.

Nuestra aproximación no nos permite concluir comparaciones entre las regiones a partir de las cantidades generales porque la intensidad de la recolección fue diferenciada y no podemos afirmar que lo recogido es lo único existente, pero sí da cuenta de su

existencia en las diversas regiones; globalmente también permite hacer algunas conclusiones. Cabe señalar que en Lima la búsqueda se limitó a las áreas de Comunicación, Salud Pública y Educación.

| COD          | DESCRIPCIÓN  | Ay        | Cu       | Hua       | Jun       | La Lib    | Lim        | Pas       | San M     |
|--------------|--|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| 1            | Administración / Gestión / Planificación orientada al trabajo en salud | 3         |          | 3         | 4         | 1         | 12         | 2         | 2         |
| 2            | Cultura - Sociedad y Salud   | 4         |          | 3         | 8         | 9         | 12         | 4         | 3         |
| 3            | Educación - Pedagogía - Técnicas Pedagógicas y Salud                   | 4         |          | 1         | 3         | 3         | 25         | 2         | 2         |
| 4            | Trabajo Comunitario - Técnicas   | 6         |          | 1         | 5         | 2         | 5          | 8         | 9         |
| 5            | Generación y manejo de información                                     | 3         |          | 4         | 4         | 3         | 11         | 8         | 2         |
| 6            | Promoción de la Salud - Temáticos                                      | 7         | 1        | 0         | 3         | 2         | 17         | 1         | 10        |
| 7            | Salud Pública: Visión general  | 2         | 1        | 2         | 1         | 0         | 5          | 0         | 1         |
| 8            | Comunicación, Comunicación y Promoción de Salud                        | 1         | 1        | 3         | 4         | 3         | 19         | 1         | 0         |
| 9            | Relaciones Humanas, Liderazgo, Equipos                                 |           |          | 1         | 0         | 1         | 1          | 1         | 3         |
| 10           | Desarrollo, Políticas Sociales, Políticas de Salud                     |           |          | 1         | 1         | 3         | 6          | 1         | 1         |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>30</b> | <b>3</b> | <b>19</b> | <b>33</b> | <b>27</b> | <b>113</b> | <b>28</b> | <b>33</b> |

### Cursos relacionados con comunicación y promoción de la salud por área temática

| COD          | DESCRIPCIÓN  | Frecuencia en Lima | Frecuencia en regiones | Totales    |
|--------------|--|--------------------|------------------------|------------|
| 1            | Administración / Gestión / Planificación orientada al trabajo de salud | 12                 | 15                     | 27         |
| 2            | Cultura - Sociedad y Salud   | 12                 | 31                     | 43         |
| 3            | Educación - Pedagogía - Técnicas Pedagógicas y Salud                   | 25                 | 15                     | 40         |
| 4            | Trabajo Comunitario - Técnicas   | 5                  | 31                     | 36         |
| 5            | Generación y manejo de información                                     | 11                 | 24                     | 35         |
| 6            | Promoción de la Salud - Temáticos                                      | 17                 | 24                     | 41         |
| 7            | Salud Pública: Visión general  | 5                  | 7                      | 12         |
| 8            | Comunicación, Comunicación y Promoción de Salud                        | 19                 | 13                     | 32         |
| 9            | Relaciones Humanas, Liderazgo, Equipos                                 | 1                  | 6                      | 7          |
| 10           | Desarrollo, Políticas Sociales, Políticas de Salud                     | 6                  | 7                      | 13         |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>113</b>         | <b>173</b>             | <b>286</b> |

En el eje de administración, gestión y planificación se halló un número considerable de cursos orientados a salud. Esto podría deberse a la influencia en la última década del discurso gerencial de la salud. Los cursos de planificación son varios, pero los de planificación estratégica que incorporan la dimensión sociopolítica de los escenarios de intervención son limitados.

En el área de cultura, sociedad y salud aparece un gran número en Lima y uno reducido en las regiones, con un abordaje abstracto y conceptual desde las grandes teorías sobre la sociedad, la cultura y el desarrollo. No se exploran temas específicos de las dimensiones culturales y sociopolíticas de los escenarios locales en cuanto a la vivencia de la salud-enfermedad y menos aún los escenarios específicos de la intervención.

En el eje de educación y salud se encontró un número considerable de cursos en las universidades locales, asociados fundamentalmente con el trabajo de técnicas pedagógicas desde las facultades de Educación. Estos cursos están orientados casi en su totalidad al pregrado y pocos al postgrado y la extensión.

En la temática de trabajo comunitario se tuvo información sobre varios cursos que se dictan en las facultades de Enfermería y Obstetricia con un enfoque técnico y desde una perspectiva biomédica.

En el área de generación y manejo de información se hallaron numerosos cursos en los programas de pre y postgrado orientados a la investigación científica. En las sumillas se pudo conocer la persistencia del enfoque positivista-cuantitativo y epidemiológico, para el caso específico de la salud. También se aborda el tema desde una postura académica, al no incluirse tipos de investigación operativa, participativa y evaluativa.

En el eje temático de promoción de la salud se encontraron cursos orientados a la salud sexual y reproductiva y algunos cursos sobre parásitos y nutrición. Estos cursos fueron dictados por algunas ONG y se dirigieron a promotores de salud.

En el área de relaciones humanas, liderazgo y funcionamiento de equipos se encontraron muy pocas experiencias. Las pocas halladas se ubican en el marco de la administración y tienen un enfoque técnico de las relaciones humanas.

En el tema de desarrollo, políticas sociales y políticas de salud hallamos muy pocos cursos en las regiones y algunos más en las instituciones limeñas. Como contenidos se manejan los enfoques diversos sobre el desarrollo en las últimas décadas y los discursos de agentes nacionales e internacionales sobre el desarrollo, observándose la ausencia de discursos regionales y locales sobre este tema.

En perspectiva de género no se hallaron cursos específicos sobre género y salud en las universidades locales. En Lima, estos se desarrollan en las facultades de Ciencias Sociales, que no fueron incluidas en exploración.

En relación con las capacidades para el desarrollo de cursos y programas a distancia se hallaron experiencias de maestrías de una región a otra, donde la universidad

visitante propone el programa y los recursos humanos y la región receptora organiza y convoca al programa. Este modelo no logra capacitar cuadros locales; las personas con maestrías suelen emigrar y los que emigran para realizar la maestría no suelen regresar. En Lima, las universidades vienen desarrollando experiencia y, con ello, capacidades para implementar cursos virtuales con éxitos relativos.

Finalmente, en comunicación y salud hemos subdividido los cursos por área temática. Luego de analizar las sumillas, se obtuvo la clasificación siguiente:

#### Cursos de comunicación relacionados con el campo de la salud

| Área Temática                               | Número de cursos |
|---|------------------|
| Comunicación para la salud                  | 11               |
| Ciencias Sociales y comunicación            | 11               |
| Comunicación y desarrollo                   | 8                |
| Técnicas de comunicación para el desarrollo | 3                |
| Comunicación y educación                    | 4                |
| Comunicación y gestión de la salud          | 1                |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>38</b>        |

La mayoría de los cursos que abordan la comunicación intenta un planteamiento conceptual, general, del campo de intervención. Solo cuatro se insertan en una especialización, lo que se explicaría en parte porque la mayoría se ofrece en el pregrado (29), solo cuatro en el postgrado y cuatro en educación continua. Los cuatro últimos están propuestos, pero aún no se han desarrollado, lo cual está a cargo del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, recientemente creado.

Es importante anotar que todos son cursos que pertenecen a programas, pero no a algún programa específico en promoción, sino a un complemento de información general. Solo la cuarta parte está solicitada en un programa de otra disciplina, lo que nos habla de un nivel de inserción en el campo aún por desarrollar.

#### Población objetivo de los cursos de comunicación

| Dirigido a:        |           |
|--------------------|-----------|
| Pregrado           | 29        |
| Postgrado          | 4         |
| Educación continua | 4         |
| Promotores         | 1         |
| <b>Total</b>       | <b>38</b> |

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| Ofrecidos por ONG                 | 1         |
| Ofrecidos por IDRH                | 4         |
| Programas de Comunicación         | 23        |
| Programas de Salud Pública        | 6         |
| Programas de Ciencias Sociales    | 1         |
| Programas de Ciencias de la Salud | 2         |
| Programas de Educación            | 1         |
| <b>Total</b>                      | <b>38</b> |

## V. CONCLUSIONES

1. Las instituciones formadoras de las regiones estudiadas muestran una alta heterogeneidad organizativa y diversos niveles de institucionalización en sus programas de postgrado. Las unidades académicas de las universidades están organizadas de diversa forma, lo cual nos revela escenarios con actores diferenciados en las distintas regiones. Esta heterogeneidad nos hace pensar que cualquier estrategia de trabajo conjunto debiera ser asumida considerando esta heterogeneidad y sin plantear esquemas estándar.
2. En todos los casos se observó que las facultades se desarrollan desarticuladamente. Son recurrentes las experiencias de articulación con altos niveles de conflicto.
3. La cultura organizacional que se registra en las intervenciones de los entrevistados enuncia un clima de conflicto y de relaciones interpersonales con un manejo vertical de poder y limitada presencia de relaciones democráticas. Es importante subrayar la deficiente diseminación de poder hacia los órganos operativos y, por ende, la alta centralización de las decisiones. Cualquier estrategia de trabajo conjunto debería incluir un trabajo de sensibilización con las autoridades respecto a la promoción y comunicación para la salud.
4. Las relaciones interinstitucionales son percibidas como complejas. En algunos casos se critica el trabajo de las ONG en la comunidad y se considera que este no es el más eficiente, puesto que hay duplicación de esfuerzos, ni tampoco el más eficaz, puesto que se perciben deficiencias en su formación profesional. El trabajo de las universidades, por su parte, es criticado por considerarse un trabajo abstracto y no pragmático.
5. Se percibe que las iniciativas locales son poco eficaces por ausencia de un financiamiento que sustente su desarrollo, lo que convoca, en muchos casos, a una actitud pasiva y no propositiva frente a las instituciones limeñas.

6. Las experiencias de relación entre las instituciones universitarias de diversas regiones se han manejado con un modelo según el cual la universidad capitalina o de la región más desarrollada aporta la propuesta de programa y los recursos humanos, mientras la institución local asume las funciones de convocatoria y logísticas. Estas experiencias no conducen a desarrollar cuadros locales que reproduzcan las capacitaciones.
7. Las experiencias de relación entre las universidades y las ONG se enmarcan en el modelo recursos humanos-campo, donde la ONG brinda un espacio de intervención y la universidad conserva el espacio reflexivo. Estas experiencias no son muy frecuentes y colocan el ejercicio de intervención como la aplicación de técnicas y no la generación de nuevos conocimientos. De allí que se desestime la evaluación como medio de generar conocimiento.
8. Los informantes reconocieron cuatro perfiles de estudiantes: los promotores de salud no profesionales, los profesionales que trabajan en promoción de la salud, los alumnos de pregrado de las diversas disciplinas vinculadas al desarrollo y los comunicadores con especialización en salud. No se identificó en el imaginario de nuestros entrevistados un profesional ad hoc en comunicación y promoción de la salud.
9. Se identificaron dos prácticas de la promoción de la salud: una práctica informativa y difusionista y una práctica de construcción de consensos.
10. Se identificaron tres roles del comunicador-promotor de salud: el rol traductor, el rol bisagra y el rol negociador-conciliador-planificador.
11. Los productos pedagógicos que encontramos en las regiones prioritarias, relacionados con el eje de administración, gestión y planificación y el eje de educación y salud, están asociados fundamentalmente al trabajo de técnicas pedagógicas desde las facultades de Educación.
12. En las universidades de Lima encontramos mayor densidad en los ejes siguientes: el eje de cultura, sociedad y salud, con un abordaje abstracto y conceptual, y el eje de generación y manejo de información, donde se hallaron numerosos cursos al interior de los programas de pre y postgrado orientados a la investigación científica.
13. En el eje de relaciones humanas, liderazgo y manejo de equipos; de desarrollo, políticas sociales y políticas de salud, y en el de perspectiva de género se hallaron recursos limitados.
14. En relación con las capacidades para programas a distancia, se encontraron experiencias de maestrías de una región a otra. Este modelo no logra capacitar cuadros locales, ya que las personas con maestrías suelen emigrar y los que emigran para realizar la maestría no suelen regresar.

## PRODUCTO 4

# *Estudio sobre lecciones aprendidas en programas de promoción, comunicación, educación y participación comunitaria de la salud*

---

### INTRODUCCIÓN

El estudio de lecciones aprendidas en programas de promoción, comunicación, educación y participación comunitaria de la salud es un tema de gran importancia en la actualidad. Este estudio tiene como objetivo principal analizar las experiencias y lecciones aprendidas en programas de promoción y comunicación de la salud del Estado y de la comunidad de la sociedad civil que trabajan en nuestra país. El estudio se propone generar y diseñar estrategias de promoción y comunicación en salud más efectivas y eficientes para los diferentes actores involucrados en la labor de salud.

Nuestro punto de partida ha sido el dejar bien entendido a los responsables de los programas y proyectos, autoridades de nuestra institución y otras entidades involucradas sobre los logros obtenidos y las dificultades en los ejercicios de promoción y comunicación en salud.

Conocemos la evidencia de que los de promoción y comunicación que parten de un enfoque de modificación de comportamientos, sin embargo, los métodos y resultados demuestran que es necesario y urgente desarrollar estrategias nuevas y más pertinentes en estas áreas, para lograr mejores resultados.

Entonces, la promoción de la salud como una cultura de vida debe ser una parte de todos en la que se involucran los entes del Estado, la comunidad privada, las personas, comunidades y toda la nación en su totalidad.

Aún quedan más por delante de nosotros, es necesario con la población y desde otras formas de actividades, abordar las percepciones y valores más sobre la salud y cómo participar en el desarrollo.

El Consejo de Universidades ha sido una gran oportunidad de cooperación internacional para un proceso de indagación y desarrollo de estrategias nuevas y más pertinentes que denuncian como resultado de este estudio de investigación sería difícil para el sector de promoción en especial el compromiso social y promoción para la institución de que contribuyan al desarrollo y la transformación de la sociedad.

# ■ Estudio sobre lecciones aprendidas en programas de promoción, comunicación, educación y participación comunitaria de la salud

---

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tiene el propósito de contribuir de manera positiva a la construcción del mapa de experiencias y lecciones aprendidas en promoción y comunicación de los programas de salud del Estado y de las instituciones de la sociedad civil que trabajan en nuestro país. También se propone aportar y diseñar estrategias de promoción y comunicación en salud más efectivas y eficaces para los diferentes actores involucrados en la labor sanitaria.

Nuestro punto de partida ha sido dialogar directamente con cada responsable de los programas y proyectos, acercándonos de manera analítica y crítica a sus percepciones sobre los logros obtenidos y las dificultades en sus experiencias de promoción y comunicación en salud.

Constatamos la existencia de modelos de promoción y comunicación que parten de un enfoque de modificación de comportamientos. Sin embargo, los procesos y resultados demuestran que es necesario y urgente desarrollar diferentes perfiles y competencias en estas dos áreas, para lograr intervenciones más efectivas.

Entender a la promoción de la salud como una cultura de vida debe ser una tarea de todos, en la que se involucren las entidades del Estado, la empresa privada, las personas, comunidades y toda institución de la sociedad.

Aún quedan retos por delante; el inmediato es dialogar con la población y, desde otras formas de acercamiento, abordar sus percepciones y valoraciones sobre lo que es la salud y cómo participar en el desarrollo.

El Consorcio de Universidades ha marcado una ruta de concertación interinstitucional para este proceso de indagación y evaluación sinérgica; estamos seguros de que las propuestas que alcancemos como resultado de este trabajo de investigación serán útiles para crear nuevos derroteros en aspectos de comunicación social y promoción para las instituciones que conforman el sector salud y las instituciones de la sociedad



civil, en función de las exigencias de la salud de todos los peruanos, en estos tiempos de permanente urgencia.

## I. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

### Objetivos y productos esperados

El presente informe se fundamenta en la necesidad de conocer por qué las acciones que se vienen desarrollando en promoción de la salud no generan los resultados esperados, desde la perspectiva de las instituciones que están involucradas en las políticas y los programas de salud. Para ello, se resumen los resultados sobre las lecciones aprendidas en aspectos comunicacionales de la promoción de la salud, cambios de conducta y desarrollo de la salud comunitaria, en el nivel nacional y para las regiones priorizadas en el estudio. Se plantean, además, las recomendaciones para la creación de un programa para comunicación, educación, promoción y gestión comunitaria de la salud en dichas regiones.

### Preguntas ordenadoras que dieron inicio al estudio

- ¿Cuáles han sido los principales factores de éxito o fracaso –principalmente los relativos al rol de los recursos humanos– de las principales intervenciones en Promoción de la Salud (PS) en el Perú?
- ¿Cuáles son los perfiles adecuados de los especialistas en Comunicación, Educación y Participación Comunitaria (CEPC) a la luz de los casos analizados?

Hoy en día la promoción de la salud se consolida dentro de una concepción positiva de salud: un proceso de construcción de ciudadanía, motor del desarrollo holístico individual y colectivo.

La promoción y la comunicación para la salud en el Perú están presentes en las actuales políticas de salud del Estado y de la sociedad civil. Su concepto, desarrollo y ejecución no son recientes y cuentan con un abanico de intervenciones en diferentes zonas del país. Actualmente, la modificación de los estilos de vida y los comportamientos de salud de las personas se han convertido en los principales objetivos que articulan las intervenciones en salud. A pesar de las limitaciones encontradas, podemos hablar de resultados alentadores y lecciones aprendidas para los nuevos proyectos e instituciones que trabajan en el sector.

El marco conceptual que define la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú considera la promoción como un modelo estratégico que busca involucrar al individuo, la familia, su entorno y la sociedad en su conjunto. Los enfoques están dirigidos a la interculturalidad, la equidad, el ciclo de vida, la ciudadanía en salud y la participación social, dentro de una estrategia integral que plantea la prioridad de temas: intersectorialidad y desarrollo de alianzas; descentralización, y comunicación y educación para la salud.

Es preciso resaltar que a mediados de la década pasada los temas de promoción y comunicación para la salud cobraron singular importancia para los organismos internacionales vinculados con la salud. A raíz de ello, se inicia la implementación de proyectos de inversión importantes que centraron sus objetivos en estas áreas.

A la luz de las experiencias, podemos afirmar que el uso de los conceptos promoción y comunicación para la salud han pasado por una serie de procesos de cambio importantes. A partir de la investigación realizada, constatamos que el concepto sobre promoción de la salud es aún confuso para la mayoría de personas que trabajan o desarrollan acciones a favor de la salud; más confuso aún es el de comunicación para la salud.

## II. METODOLOGÍA EMPLEADA

La propuesta de la investigación fue establecida de manera exploratoria, con un método inductivo, habiéndose partido del estudio de casos paradigmáticos hacia la generalización de los resultados encontrados (de lo particular a lo general).

La construcción del marco teórico ha considerado los desarrollos teóricos alcanzados hasta la fecha en las teorías existentes referentes a la promoción de la salud y la comunicación social como componentes de la promoción de la salud. Es necesario precisar que los investigadores en estos temas estamos limitados por el desarrollo teórico aún incipiente en nuestro país, en el intento de “explicar” los problemas existentes en los aspectos de la comunicación para una promoción de la salud exitosa.

Para el desarrollo de la investigación se ha privilegiado la recopilación de información desde la visión de los responsables de la oferta del servicio en el universo de programas significativos y representativos de la promoción y comunicación para la salud en el Perú, en el período 1997-2001.

La información del trabajo de campo ha sido abundante en el nivel nacional y ha permitido levantar la información cualitativa que permite explorar sobre los principales factores de éxito o fracaso de las principales intervenciones en la promoción de la salud en el Perú, principalmente los relativos al rol de los recursos humanos

### III. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El alcance de la investigación es de nivel nacional, con muestras representativas de regiones prioritarias y selección de casos paradigmáticos. El período de investigación abarca desde el año 1997 hasta el 2001. También se delimitó el alcance desde la visión de la oferta de promoción y comunicación en salud, que no contempla la visión de los usuarios de los ámbitos geográficos seleccionados. Las entrevistas se han realizado a los ejecutores y encargados de tomar decisiones de los diferentes programas de salud, tanto del MINSA como de las instituciones no gubernamentales y organismos de cooperación técnica.

Cabe precisar que, dentro de los alcances, también se han realizado grupos focales con los agentes comunitarios o promotores de salud, con el fin de conocer su papel dentro de la estrategia comunicacional impartida desde los programas y proyectos de salud.

### IV. EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Para la realización del trabajo de campo se identificaron, en primer lugar, las fuentes de información sobre las intervenciones en promoción y comunicación de la salud, conjuntamente con la contraparte de USAID. Seguidamente, se realizó un listado de las intervenciones ejecutadas en las regiones seleccionadas en los últimos cinco años.

Se establecieron los criterios que sirvieron para seleccionar las experiencias paradigmáticas y se realizaron entrevistas y grupos focales con actores involucrados: funcionarios de niveles de dirección (central y regionales), personal de nivel medio (ejecutores), capacitadores y promotores.

El trabajo de campo se realizó con dos guías de preguntas, según la técnica de entrevistas y grupos focales. La observación se complementó con reportes fotográficos.

La recolección de información se llevó a cabo en tres etapas:

- La primera, relacionada con la información secundaria y de experiencias de investigación anteriores.
- La segunda, a través de las entrevistas y grupos focales.
- La tercera, con reportes fotográficos y documentación solicitada.

Para el trabajo de campo se tomaron en cuenta cuatro lugares: Lima, Tarapoto, Ayacucho y Trujillo.

Los procedimientos de recolección han sido similares en los cuatro lugares: se realizó un levantamiento de la información secundaria sobre el tema y se recolectó información primaria mediante entrevistas con instituciones, promotores de salud y capacitadores.

En Lima se tomaron básicamente como referentes al Ministerio de Salud, PRISMA, CARE, Manuela Ramos (Proyecto Reprosalud); organismos multilaterales y bilaterales como OPS, UNICEF y USAID, e instituciones como la Universidad Johns Hopkins. En Tarapoto se contactó al Movimiento Manuela Ramos (Proyecto Reprosalud), a la Dirección de Salud de San Martín y a los promotores de salud. En Ayacucho, los referentes fueron CARE, PRISMA, la Dirección de Salud de Ayacucho, promotores y capacitadores de salud. En Trujillo, fueron el Movimiento Manuela Ramos, la Dirección de Salud de La Libertad y PRISMA. En Tarapoto y Ayacucho, además de las entrevistas, se realizaron grupos focales, y la experiencia de recojo de información fue más integral.

Se ha agrupado a las diferentes instituciones por ejes temáticos; así tenemos a CARE con el proyecto de Salud Reproductiva y el Programa Multisectorial de Población; PRISMA con el tema de Salud Materna Perinatal-Nutrición; el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB); el Proyecto 2000, con la experiencia de Salud Materno Perinatal y Nutrición y el Ministerio de Salud con la experiencia sobre el Dengue y VIH/SIDA.

## V. ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS PARADIGMÁTICAS

### 1. Proyecto 2000: Salud Materna - Perinatal

#### Justificación del proyecto

Normalmente se considera el embarazo como un estado saludable y una causa de alegría en la familia. La mayoría de los embarazos procede sin dificultades y muchas mujeres no se dan cuenta de que el embarazo puede ser un posible riesgo para su salud. Pero se sabe que un 40% de mujeres sufre alguna forma de complicación en el momento del parto, y un 15% estaría en peligro de muerte.

Dentro de este panorama, las adolescentes que tienen entre 15 y 19 años de edad corren el doble peligro de morir durante el embarazo o el alumbramiento que las embarazadas de más de 20 años. Asimismo, cuando se producen demasiados nacimientos en un breve espacio de tiempo o cuando la mujer pasa los 40 años, aumentan las tasas de enfermedad, incapacidad, deficiencia alimentaria y mortalidad prematura, tanto de las mujeres como de sus hijos.

Por ello, el Proyecto 2000 participó del esfuerzo por revertir las tasas de mortalidad materna, impulsando el mejoramiento continuo de la calidad como una estrategia que buscó incrementar la demanda a través de la mejora en la oferta de los servicios materno infantiles y del trabajo articulado con la comunidad.

## Concepción y estrategias de promoción y comunicación en salud

El Proyecto 2000 ha basado su estrategia en cinco pasos: a) manejo clínico estandarizado, b) gestión y disponibilidad de recursos, c) relación proveedor-usuario-comunidad, d) educación permanente en salud y e) uso de datos a través de Sistema de Información Perinatal, que permite tener información rápida.

En la primera etapa del proyecto se trabajó con ESAN, que se encargó de capacitar a proveedores de 89 establecimientos de 12 regiones, en los temas de salud materno infantil. Los establecimientos fueron categorizados por estándares de calidad.

En la segunda fase se trabajó en la búsqueda de la sostenibilidad, lo que significa que las personas capacitadas, en equipo y bajo un enfoque de autosupervisión, determinen el estado de avance de sus procesos. Uno de los temas de capacitación ha sido la promoción de la salud. El objetivo fue cubrir los aspectos críticos del acceso de gestantes, puérperas y recién nacidos a un parto saludable.

La intervención del Proyecto 2000 se centró en los establecimientos de salud y trabajó bajo la hipótesis de que un servicio de calidad incrementa la demanda. Se realizó una línea de base (estudio CAP) que permitió construir una matriz de conocimientos manejada en el nivel de los proveedores de los servicios.

Las acciones de comunicación se centraron en la segunda etapa: la comunicación interpersonal. Inicialmente, se desarrollaron acciones de Información, Educación, Comunicación (IEC) y participación comunitaria; seguidamente, se propuso articular lo comunicacional con la promoción de la salud. Ya no se habla de IEC y participación, sino de áreas de promoción de la salud. El equipo de promoción no ha intervenido solamente en este tema sino en los cinco pasos del modelo marco del proyecto.

La mujer representa, como grupo poblacional, un importante público usuario para el Ministerio de Salud. Por ello, este ha implementado programas dirigidos exclusivamente a ella para atender sus necesidades en forma integral o alguna de sus características en particular, como aquella dedicada a su salud reproductiva. En este sentido, considerando los altos índices de mortalidad materna, ha establecido entre sus prioridades la atención de la mujer gestante. La salud materna es uno de los componentes principales de la institución, y hacia ella dirige sus acciones preventivas y promocionales. De este modo, el Programa de Salud Materna y el Proyecto 2000 se insertan dentro de esta política institucional y se desarrollan como respuesta a los problemas de

salud de las mujeres gestantes, encaminándose a la mejora de la calidad de vida de la población.

“El Programa Salud Materno surge como necesidad de brindar un paquete exclusivo de atención a la mujer gestante [...] tenemos el programa de atención para la mujer no gestante, que ve todos los aspectos de la mujer en su edad reproductiva, y otro paquete para la mujer enferma; pero tenemos un paquete exclusivo integral para la mujer gestante” (Diresa/ SM - Pomazoncos).

“Definitivamente el objetivo es brindar atención integral de salud a la mujer con la finalidad de mejorar la calidad de vida” (Diresa/ SM - Pomazoncos)

El enfoque de promoción desarrollado en las intervenciones se sustenta en cuatro momentos claves que determinan el acceso de la población gestante a los servicios de salud: la identificación del problema, la búsqueda de ayuda médica, el traslado al establecimientos y la atención médica. Estos momentos —llamados atrasos— tienen carácter crítico en el trabajo comunitario porque representan las situaciones en las cuales se complejiza el problema de salud: mientras más se demore la paciente de pasar entre uno y otro, los riesgos en el parto aumentan. La propuesta de trabajo se basa en minimizar estos atrasos en las mujeres gestantes y encaminar a las pacientes hacia el parto institucional, reduciendo los riesgos de desviación de la ruta al servicio de salud. Así, este enfoque trabajado desde la perspectiva del establecimiento de salud no solo se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de la población, sino también hacia la construcción de un servicio de calidad y la búsqueda del incremento de la demanda.

“... hemos empleado el enfoque de los cuatro atrasos... [el primero se da] en la identificación del riesgo o la enfermedad, es decir [cuando las madres] no se dan cuenta o creen que va a pasar y esperan... el segundo es el atraso en buscar ayuda médica, especializada; acuden generalmente al promotor, al curandero, a la madre, a la abuelita y no van directamente al establecimiento... el tercero es llegar, el cómo me traslado una vez que decidí ir al establecimiento porque nada de lo anterior me dio solución, y el cuarto, finalmente, [es la demora para] recibir una atención oportuna en el establecimiento” (Proyecto 2000 - Pérez).

“... sobre estos cuatro atrasos se mueve la propuesta nuestra que busca, por un lado, mejorar las satisfacciones del usuario; trabajamos con la hipótesis de que un servicio de calidad definitivamente incrementa la demanda, o sea que no intervenimos en la comunidad, en el espacio comunitario, sino en el establecimiento” (Proyecto 2000 - Pérez).

El diseño de la propuesta de comunicación desarrollada por el Ministerio para abordar la salud materna, se realiza en el nivel central para luego ser ejecutado en los niveles local o regional. En este diseño se tienen en cuenta los lineamientos y referencias de las instituciones financieras o de asistencia técnica del proyecto que, conjuntamente con las políticas del Ministerio, marcan la dirección de las estrategias y metodologías a implementarse en la intervención. De ahí que la coordinación entre las instituciones involucradas cumpla un papel muy importante en esta etapa de planificación.

En este sentido, los entrevistados manifestaron algunos problemas en la ejecución de las actividades causados por la dinámica de diseñar las propuestas en el nivel central. La realidad sobre la cual se construye toda la propuesta no ha considerado inicialmente las particularidades de cada zona, por lo que no tienen correspondencia con la realidad local, con la intervención. Esta disfunción lleva a que la población no reciba adecuadamente los mensajes y no se alcancen los objetivos planteados. Por ello, los entrevistados manifiestan que la planificación debe partir desde el nivel local, recoger la idiosincrasia de las zonas de intervención y ajustarse a las percepciones de los pobladores.

“También es una debilidad porque nosotros, desde el nivel central, recibimos los mensajes... la gente nos recibe callados, nos dice que sí pero en la práctica no nos está atendiendo. Entonces queremos que se recojan desde el nivel local y se diseñen desde los niveles locales los mensajes, los trípticos y toda clase de materiales que puedan ser difundidos en ese nivel” (Diresa - PSM - Cárdenas).

Otra de las debilidades identificadas con relación al diseño de la propuesta se refiere al público objetivo elegido. Al establecer que el Proyecto se dirige a las mujeres en edad fértil y los niños menores de tres años, el público intervenido es considerado amplio para los recursos y el tiempo disponibles para la intervención. Al respecto, se resalta la necesidad de restringir y priorizar con mayor detalle la población beneficiaria, principalmente si se quieren lograr los objetivos planteados. Se parte de la premisa de que cuanto más específica y segmentada sea la población objetivo existen mayores probabilidades de éxito y de llegada a todos los miembros y se desarrollan estrategias adecuadas a las características y el número de la población.

“El público son mujeres en edad fértil y niños menores de tres años pero... es muy amplia, creo que allí el proyecto se equivocó... Es imposible que un proyecto con una intervención pueda trabajar sobre todos estos frentes... se debió priorizar más” (Proyecto 2000 - Pérez).

“... la regla básica de comunicación es que mientras más segmentada está tu audiencia, mayores probabilidades de éxito hay. Creo que en este caso... la audiencia fue práctica-

mente todo el país y es muy difícil que el resultado sea consecuente con la cantidad de beneficiarias que tienes; no llegas definitivamente a todos...” (Proyecto 2000 - Pérez).

Por otro lado, los indicadores de muerte materna muestran una diferencia notoria entre aquellas mujeres que acuden a los controles prenatales y las que acceden al parto institucional. Es ahí donde el Proyecto busca intervenir. El Proyecto 2000, al identificar problemas en el acceso de las mujeres a los servicios de salud y al parto institucional, está intentando abordar esta problemática. Por ello, se están ideando estrategias para superar la brecha geográfica y, principalmente, la brecha cultural entre la población y los profesionales de salud, que dificultan el trabajo con la comunidad. Entre las estrategias planteadas están la integración de ambas visiones culturales a través del intercambio cultural y el rescate de costumbres e idioma para conseguir una relación armónica entre ambos actores.

“... estamos buscando estrategias de cómo relacionarnos con las personas porque el mayor porcentaje es rural. Hay el gran problema del idioma, de costumbres; recogemos esa cultura que tienen ellos y, como trabajadoras, [tratamos de] adaptar ambas cosas, de relacionarlas” (Diresa/PSM - Cárdenas).

“Estamos trabajando en ello, con la finalidad de disminuir esta gran brecha que existe entre la cultura de las comunidades y la cultura nuestra como profesionales. Entonces estamos trabajando en ello, integrando... ambas culturas” (Diresa/SM - Pomazoncos).

Sin embargo, los entrevistados son conscientes de la complejidad de lograr esta interculturalidad, principalmente por las dificultades que representan, en ambos casos, desprenderse de sus percepciones y formas de ver las cosas, aceptar la posición del otro y adecuarla a su modo de vida. Si bien ya se ha identificado el problema y la necesidad de entender al poblador para lograr cambios en su comportamiento, aún no se han logrado las soluciones prácticas para abordar esta situación. De este modo, los entrevistados aceptan que lo cultural es un campo que aún no se ha trabajado adecuadamente y que requerirá de grandes esfuerzos, tanto de parte de la comunidad como de los profesionales de salud, para lograr vencer las resistencias culturales con respecto a la prevención y promoción de la salud.

“... lo que necesitamos ahora es la especificidad, es llegar al detalle de exactamente cómo abordamos el problema de la interculturalidad... sabemos cuál es el diagnóstico del enfermo pero no tenemos el remedio ni la solución; entonces tratamos de hacer esfuerzos por entender este problema y encontrar soluciones prácticas” (Proyecto 2000 - Pérez).



“... hay mucha resistencia cultural... puedo dar fe también de los muchos esfuerzos de muchos proveedores por tratar de romper estas barreras... creo que en el terreno de lo cultural hay muchísimo que trabajar” (Proyecto 2000 - Pérez).

En este contexto de comprensión de lo intercultural nace la iniciativa de la Casa Hogar. La implementación de estas casas no solo significó considerar los problemas de acceso geográfico, sino también la adecuación cultural de los establecimientos de salud a las costumbres de la población, respetando sus necesidades prioritarias y prácticas cotidianas. Abordar la dimensión cultural de la población ha permitido crear estrategias viables para la atención de la paciente, lo que ha servido para disminuir la tasa de mortalidad de la mujer gestante y permitir el acceso a la salud con equidad.

Las casas hogares son lugares de espera donde la gestante que vive en zonas alejadas del establecimiento de salud puede quedarse por semanas antes de la fecha del parto. Durante su estadía puede comer los alimentos que consume en su vida diaria y mantener sus hábitos normalmente. Asimismo, cuenta con la facilidad de estar acompañada por sus hijos y esposo; de este modo, no se siente sola ni ajena al ambiente donde se encuentra.

“... la Casa Hogar es un trabajo con la comunidad, con la participación de las autoridades. Adecuamos su cuarto casi con las costumbres que ellas tienen, hacemos que coman lo que ellas realmente quieren; no es como nosotros, que llevamos otros productos... hacemos que se adecúen, que tengan una buena alimentación, que puedan vivir con sus hijos, sus esposos —que es lo que ellas no quieren dejar en el momento de parto incluso.” (Diresa/ PSM - Cárdenas).

De este modo, no solo se ve la necesidad de trabajar con la paciente, sino también con sus familiares (esposo, hijos, padres, suegros, tíos, etc.), sean como acompañantes en el proceso de la maternidad —en la Casa Hogar— o como personas claves para lograr la asistencia de la mujer gestante al establecimiento de salud. Para ello, se establecen como estrategias la asesoría y las visitas domiciliarias, con el objetivo de informar y concientizar a todos los miembros de la familia de la importancia del control prenatal y el parto institucional. Asimismo, este proceso educativo posibilita la identificación del líder de la familia, que finalmente es quien decide cómo va a ser atendida la paciente. Se busca involucrar a este líder para convertirlo en un aliado en el momento de la emergencia, el traslado al establecimiento de salud y la atención del parto.

“... lo que hemos querido sensibilizar en los proveedores es la necesidad de trabajar, de convertir el control prenatal en un espacio educativo... extender la oferta de informa-

ción no solamente a las gestantes sino a quienes deciden finalmente en el momento crítico de la emergencia y su traslado al establecimiento, que son generalmente el marido, la abuelita, la suegra..” (Proyecto 2000 - Pérez).

En esta dinámica de obtener aliados dentro de la propia comunidad se establece la necesidad de formar promotores y parteras que se encarguen de la vigilancia de los daños dentro del área de la salud materna. Se plantea como propósito que estas promotoras sean capaces de informar y educar a la población en el cuidado de las gestantes, identificar los signos de riesgos y resolver problemas para posibilitar el traslado oportuno de la paciente al establecimiento de salud. De este modo, se encaminan las actividades hacia la participación de la población en el cuidado de la salud de su familia y su comunidad, a la vez que se avanza hacia el fortalecimiento de las relaciones entre el servicio de salud y la comunidad. El fin de estas tareas es disminuir los índices de muerte materna.

“Tenemos un área que es vigilancia epidemiológica comunal. La idea es asumir una propuesta o establecer una respuesta para que la comunidad comience a participar en la vigilancia de daños: mortalidad materna, por ejemplo, [que predomina] en lugares de la sierra. Entonces se establecen políticas para la presencia de promotores, de parteras calificadas que puedan orientar rápidamente y [determinar] por algunos signos especiales, el riesgo de muerte de una madre joven... También [trasladar] a la persona al centro de salud” (Oficina de Epidemiología - Beingolea).

“... se le dio fundamental énfasis a la capacitación de promotores y parteras en signos de alarma, básicamente en embarazo, parto, puerperio y recién nacido... para que los promotores tengan un rol importantísimo en la atención oportuna de la madre” (Proyecto 2000 - Pérez).

Los agentes comunitarios son recursos humanos que se consideran valiosos porque establecen una mejor empatía con la población, dado que son parte de ella, y disminuyen las resistencias de la paciente con respecto a los profesionales de salud. El rol de estos agentes comunitarios o promotores es muy importante para el trabajo promocional en el tema de salud materna, ya que no solo realizan el seguimiento del estado de salud de las gestantes y niños menores de tres años, sino que también constituyen para los profesionales de salud una oportunidad de interactuar con las costumbres de la población y tener un mejor conocimiento de su público usuario.

“[Para el personal], la experiencia se adquiere en el trabajo y en las reuniones periódicas que tenemos con los agentes comunitarios, que son parte de la comunidad. De

ellos también aprendemos muchísimo e incorporamos parte de sus costumbres... recogemos de ellos las costumbres saludables” (Diresa/SM - Pomazoncos).

Con relación al personal participante en el Proyecto 2000, se rescata como una fortaleza importante su capacidad de trabajar la asistencia desde la perspectiva del usuario, intentando ponerse en el lugar del otro. Así se reconoce que, para lograr efectividad dentro de una intervención —principalmente de salud materna— se deben tomar como punto de partida las necesidades y expectativas de la población, tanto de la actual como de la potencial. Si bien la polémica actual se centra en este aspecto, el Proyecto 2000 ha asumido como marco de sus acciones el rescate de los hábitos y percepciones de la población como factor de éxito de su implementación: si no se conoce al público objetivo, las estrategias y actividades de la intervención se encontrarán divorciadas de la realidad y no tendrán los efectos esperados; por tanto el proyecto no logrará sus objetivos.

“[Lo que más aprecio del personal] es justamente la perspectiva del usuario. Creo que nos hemos matado pensando siempre en cómo pensar en el otro... Y esto es una discusión muy larga, no concluida; pero digamos que toda la concepción de la asistencia técnica está orientada a eso, a cómo mejorar los servicios en función a las necesidades y expectativas del usuario, del usuario actual y del usuario potencial” (Proyecto 2000 - Pérez).

Esta necesidad de comprender al usuario y partir desde su mirada y sus percepciones plantea como alternativa para el trabajo comunitario y de promoción de la salud contar con profesionales capaces de interrelacionarse, establecer una buena comunicación y convivir con la población usuaria. Así, el profesional idóneo para desempeñar estas actividades es aquel que pertenece a la zona intervenida, que conoce las costumbres, la idiosincrasia y el idioma, y tiene mayores posibilidades de llegada a la población por su compromiso en la realidad de la zona. De este modo, se intenta evitar la brecha cultural que se suele establecer entre el profesional y la población, facilitar el proceso de intercambio entre estos dos grupos sociales y optimizar los resultados de la intervención.

“Para nosotros, las personas que realmente van a hacer esta actividad tienen que ser de la misma zona, porque esa persona conoce las costumbres, aprende rápidamente a convivir con ellos... para hacer una buena comunicación hay que convivir con ellos, interrelacionarse” (Diresa - PSM - Cárdenas).

En este mismo sentido, los entrevistados consideran requisito indispensable en un comunicador —y en todo profesional— el complemento de lo teórico y lo práctico

dentro de sus conocimientos y aptitudes. Ello no solo amplía sus criterios y capacidades sino también le permite mayores aportes y contribuciones a la intervención; le posibilita establecer concordancia entre lo aprendido conceptualmente y lo percibido en la realidad, en el trabajo de campo. Al respecto, una de las mayores debilidades identificadas en las competencias profesionales del comunicador es el conflicto entre lo teórico y la realidad: muchos profesionales tienen competencias teóricas y de diseño, de trabajo, desde un escritorio, pero carecen de capacidades para relacionarse con la población y trabajar horizontalmente con ella.

“... he visto muchos profesionales que han escrito maravillas, pero cuando fueron a campo y tuvieron que hablar y relacionarse con la gente, con los dirigentes, tuvieron conflictos gravísimos, terribles, y tuvieron que salir... porque no estás acostumbrada a relacionarte; es muy difícil... desprenderte de tu cubículo, de tu silla, de tu escritorio, para entrar a trabajar en horizontal con la gente; es allí donde tú enfrentas la realidad” (Proyecto 2000 - Pérez).

Para superar este conflicto se plantean realizar algunos cambios en la formación académica y profesional de los comunicadores; cambios encaminados a la inserción del trabajo de campo como requisito indispensable para lograr el título profesional. Así, se recomienda implementar una especie de SERUMS —servicio rural que realizan los profesionales médicos antes de su titulación— que obligue a los comunicadores a trabajar en el campo y enfrentarse a la población; que constituya un acercamiento a la realidad y al reconocimiento de la esencia y la función de su práctica profesional. De este modo, los entrevistados valoran la experiencia que obtienen los equipos en el trabajo de campo, ya que les brinda la habilidad de enfrentar con mayor criterio la realidad de la zona donde se ubicarán sus acciones.

“... debería haber formas desde lo académico de hacer algo así —como se hace en salud que es el SERUMS—; alguna forma de acuerdo a la formación profesional de los comunicadores, de los educadores, que nos obligue a hacer trabajo de campo antes de tener un título, porque es allí donde definitivamente uno enfrenta la realidad” (Proyecto 2000 - Pérez).

En cuanto a los cambios logrados a partir de la intervención, se pueden identificar cambios importantes en los proveedores, tanto en los conocimientos como en las actitudes. Se están desarrollando esfuerzos para entender las insatisfacciones de los usuarios e intentar cubrir sus expectativas. Si bien antes las críticas a los proveedores se centraban en los maltratos físico y emocional, se está observando que los pacientes actualmente han superado esta etapa. Ahora se perciben otros matices: no se habla de

maltrato sino de mal trato, traducido en falta de información y recomendaciones de parte de los profesionales de salud. Es decir, hay un intento por mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, entender a los usuarios y establecer una mejor relación entre doctor y paciente.

“... siento que hay cambios importantes en términos de mejora de los conocimientos, en términos de entender que las insatisfacciones de los usuarios han variado definitivamente de tono; ... se sigue mostrando maltrato pero en otros matices; no el maltrato de antes, que era: me gritan, me pegan, me calatean, yo no quiero, me maltratan. Ahora el maltrato es visto como: no me explican, no me dan información, no me dijo que venga la próxima vez, cosas así... sigue viéndose, sigue percibiéndose como maltrato pero con una diferencia bastante importante” (Proyecto 2000 - Pérez).

Asimismo, se reconoce una real demanda de cambio, tanto por parte de los proveedores de salud como de los usuarios. El cambio en las relaciones entre los servicios de salud y la población no solo involucra a los proveedores de salud sino también al público usuario, ya que si no existe la presión de este por la defensa de sus derechos no se va a dar un cambio sostenido en la atención. Un cambio no solo debe darse en una dirección, sino que también el otro actor debe intervenir. De ahí que en las entrevistas se recomiende la co-responsabilidad en el proceso de cambio, que contribuye desde su posición a los dos grupos involucrados.

Por otra parte, dentro de las estrategias implementadas para el trabajo en salud materna se encuentran las relaciones interinstitucionales. Estas relaciones se han establecido entre el Ministerio de Salud, las ONG, los agentes comunitarios, la sociedad civil y las autoridades locales con el fin de lograr un trabajo conjunto, de participación y compromiso hacia la salud materna, de modo que se constituya un frente común para la disminución de la mortalidad materna.

“La gran estrategia [de hogares maternos] se está implementando gracias a la colaboración y la participación de toda la sociedad civil, no solamente del establecimiento de salud sino también de las autoridades involucradas en el cuidado de la salud; estamos hablando de municipios y otras instituciones” (Diresa/SM - Pomazoncos)

En cuanto a la política institucional implementada en el Ministerio de Salud para el trabajo en promoción de la salud, en la entrevistas se manifestó la necesidad institucionalizar este trabajo para lograr que los esfuerzos realizados sean sostenibles y respaldados por las autoridades correspondientes. Se señaló que la principal debilidad de esta institución es la influencia política que tiene en sus diferentes instancias, la cual es un factor determinante en el apoyo a las propuestas de intervención social. De esta

manera, se sugiere la institucionalización como una forma de evitar las interferencias de los intereses políticos individuales en la promoción de la salud y un camino para asumir una decisión sostenida hacia la labor promocional.

“La barrera comunicacional más importante es a nivel de la institucionalización; es decir, el problema para mí es que el Ministerio no es una institución, sino un grupo de personas que de acuerdo al momento y al poder deciden sobre el futuro de las intervenciones, de préstamos, de donaciones... En el proceso de la intervención hay directores de las regiones que aceptan con buen grado este tipo de propuestas técnicas y apoyan pero hay otros a los que definitivamente no les interesa. Es una de las conclusiones de una intervención de este tipo: si no cuentas con el aval político, no solamente técnico sino con el aval político de las personas que tienen en su poder la conducción de esto, estás trabajando en saco roto” (Proyecto 2000 - Pérez).

Otra de las debilidades identificadas dentro del Ministerio de Salud es la ausencia de sistematización de las intervenciones realizadas desde esta institución. Esta ausencia hace que no se conozcan los resultados ni los cambios obtenidos como producto de estas intervenciones, lo cual a su vez implica deficiencias en el aprendizaje institucional para afrontar la problemática de salud. La falta de retroalimentación y el procesamiento de información posibilitan que se cometan los mismos errores y defectos. Por eso es importante establecer una política que permita sistematizar las experiencias, recuperando los aportes y contribuciones de las intervenciones exitosas para que estas no queden en el olvido sino que se transformen en acciones sostenibles que ya han sido probadas en el campo.

## Resultados

- En el Ministerio de Salud no existe una política de fortalecimiento de los establecimientos de salud. Se evidencia una pérdida de la memoria informativa de las intervenciones, su proceso de ejecución y evaluación. Los resultados no se conocen y menos el impacto en la salud.
- La institucionalización de las experiencias no pasa por procesos de previa sistematización y difusión, a fin de que los nuevos responsables (dada la alta rotación de funcionarios y personal de salud) conozcan lo realizado y se asuma aquello que resultó favorable para la salud de la población.
- Abordar la dimensión cultural de la población ha permitido crear estrategias viables para la atención de la mujer que se encuentra alejada de un servicio de salud. Las casas hogares son un ejemplo de ello, por la disminución de índices en la tasa de mortalidad materna. Esta iniciativa permite el acceso a la salud con equidad.

- La participación de la población a través de los agentes comunitarios permite una mejor vigilancia de la misma población. Los agentes comunitarios orientan y captan a las mujeres cuando su salud se encuentra en riesgo y las trasladan, si fuera necesario, al establecimiento. Ellos constituyen recursos humanos valiosos, pues establecen una mejor empatía con la población —en tanto son parte de ella— y disminuyen las resistencias que esta tiene.
- Se valora la experiencia que se obtiene de los equipos en el trabajo de campo, pero se considera que dicha experiencia debería llevarse a cabo desde la misma formación profesional para que los equipos tengan la habilidad de enfrentar con mayor criterio la realidad de la zona donde se ubicará su futuro accionar.
- El profesional que desarrolla labores de promoción de la salud debe ser una persona de la región, comprometida, que esté dispuesta a ir a zonas geográficas inaccesibles, que maneje el idioma y la cultura local.
- La planificación desde el nivel central requiere asumir metodologías que permitan que el personal de las regiones se apropie de la propuesta y que, a su vez, tenga la habilidad de adecuarla a las características particulares de la población donde se va a ejecutar la acción de promoción.
- La calidez de la atención está mejorando en algunos establecimientos de salud a partir de intervenciones educativas y técnicas dirigidas a los proveedores de salud, que les han permitido cambios importantes en la mejora de los conocimientos y la identificación de las insatisfacciones de los usuarios, con una mejor comprensión de la dimensión cultural de la población.
- Las acciones desarrolladas que parten de la interculturalidad con la población han permitido el incremento del acceso a los servicios. La mujer gestante acude en mayor medida a las consultas y a la atención del parto en las instituciones de salud.
- El Proyecto 2000 pasó de acciones de IEC y participación comunitaria a acciones de capacitación en servicio, solo desde la perspectiva de la oferta. Queda por conocer si este cambio de estrategia no generó vacíos en las demandas de información de la población y, en todo caso, saber si algún otro proyecto o intervención cubrió este espacio y desarrolló estrategias de comunicación dirigidas a la población y a generar respuestas a la problemática de la salud materna.

## 2. Proyecto de salud y nutrición básica - MINSA

### Justificación del proyecto

Gracias a la aprobación de un apoyo financiero de más de 40 millones de dólares del Banco Mundial con el Ministerio de Salud del Perú (BIRF), se ejecutó el Proyecto

Salud y Nutrición Básica (PSNB), focalizado en 16 provincias del país en los departamentos de Cajamarca, Piura, Cuzco y Lima. El componente más importante fue el de Promoción y Comunicación para la Salud - IEC.

El PSNB, dentro de su objetivo de mejorar la situación de salud y nutrición de las mujeres en edad fértil y niños menores de 3 años, ha desarrollado un Modelo de Atención Integral que involucra cambios de gestión y funcionamiento de los servicios, la organización de redes asistenciales y la promoción para involucrar al ciudadano en el cuidado de su salud.

## Concepción y estrategias de promoción y comunicación para la salud

El Proyecto Salud y Nutrición Básica - PSNB (1994-2001) realizó una línea de base que permitió diseñar el componente de IEC para apoyar de forma integrada las áreas temáticas de salud materno-infantil, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, laboratorio y enfermedades transmisibles.

El PSNB nació en el contexto del proceso de modernización del Ministerio de Salud con el propósito de mejorar las condiciones de salud y nutrición basándose en la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención. El proyecto consideró dos ámbitos: uno centrado en la oferta de los servicios y otro en la demanda. De esta forma, intentó complementar las tareas de ambos hacia un cambio de comportamiento en la población usuaria. En la oferta de los servicios desarrollaron estrategias para incrementar la cobertura y la calidad de atención; se propusieron cambios en la gestión y el funcionamiento de los servicios y en la organización de redes asistenciales mediante el trabajo con el personal de salud. Con la demanda se planteó la construcción de una cultura de salud con la participación del ciudadano en el cuidado de su salud. En ambos casos, los componentes comunicacional y educativo representaron un aspecto importante de la intervención.

La estrategia de comunicación se basó en: a) campañas de sensibilización y motivación, a fin de incidir en las relaciones interpersonales al interior de los establecimientos de salud; b) elaboración de normas y protocolos, manuales de procedimientos y estándares de desempeño en los temas de salud; c) creación en cada subregión de niveles mínimos de organización, capacidad y conocimiento a través de la conformación de comisiones de IEC para facilitar la coordinación y el monitoreo; d) iniciar un proceso gradual en el mediano plazo que buscaba desarrollar y fortalecer habilidades del personal de salud; e) desarrollar actividades de información, educación y comunicación a la población de acuerdo a sus características y rasgos socioculturales, a fin de ayudar a sus integrantes a formar hábitos y desarrollar prácticas de autocuidado y prevención, así como detectar tempranamente niveles críticos y signos de alarma en



las enfermedades, que determinen la necesidad de recurrir al tratamiento especializado; f) hacer que las actividades de capacitación sean extensivas a agentes comunitarios y las ONG.

“El proyecto tenía básicamente dos objetivos: uno centrado en la oferta de los servicios, que era incrementar coberturas y calidad de servicios de atención, y otro centrado con la demanda de la promoción de prácticas saludables en la comunidad: cómo promover prácticas saludables y cómo mejorar las prácticas habituales de la población” (PSNB - A. Gaillour).

“Creo que empezamos con una visión de trabajar todos el aspecto educativo comunicacional a favor de una cultura de salud en la población objetivo en temas priorizados. También (...) tenemos una línea clara en intervenciones educativo comunicacionales, donde trabajamos orientados y enfocados en un proceso de cambio de comportamiento” (PSNB - G. Núñez)

En 1995 se optó por entrelazar los dos componentes de IEC y fortalecimiento de los servicios, que son parte de la propuesta Modelo de Atención Materno-Infantil para el primer nivel de atención. El propósito era ampliar el control integral de las enfermedades transmisibles para su integración en un nuevo modelo de atención. La iniciativa partió de los funcionarios y especialistas del Ministerio de Salud, tomando como base la respuesta a la convocatoria que se hiciera en 1993 a las instituciones y los profesionales de Lima que trabajaban en el área materno infantil, donde incluso se les pidió la elaboración de una propuesta técnica interinstitucional. No participaron las direcciones regionales de salud en el proceso, y la Oficina de Cooperación Externa del Ministerio de Salud centralizó la convocatoria.

“Fue una cosa muy centralizada en técnicos, en empresas y en personal de salud” (PSNB - A. Luna).

Como proyecto de inversión, tenía estandarizados sus procedimientos administrativos y el manejo de los fondos (deuda externa). Tuvo una pequeña contrapartida del Tesoro Público. Los fondos no se manejaron desde las leyes peruanas, en cuanto a adquisiciones y contrataciones de servicios, sino bajo convenio de préstamo, en este caso por el Banco Mundial.

En el proceso se alteró la concepción de promoción y comunicación porque no existían suficientes recursos humanos en estos temas y el Ministerio no pudo acoger esta iniciativa por su estructura vertical y burocrática.

“Recuerdo que, cuando elaboramos los términos de referencia para estas campañas masivas de IEC, en el propio Banco no había expertos que pudieran asesorarnos; incluso pedíamos como parte de las misiones de supervisión que viniese un especialista en el tema y nos traían a una persona que aprendía de nosotros. Nosotros sí podíamos desarrollar un directorio de personas competentes que no estaban específicamente en el Ministerio, pero estaban trabajando en otras ONGs o en las universidades. Yo creo que existían personas y competencias pero no estaban al alcance, no se conocían” (PSNB - A. Gaillour).

Las contrapartes que tenían en el MINSA (instancia con quien iban a interactuar y decidir) no eran definidas; había demandas simultáneas por varias direcciones. No existía la Dirección de Promoción en la Salud y no había profesionales en la Oficina de Comunicaciones, cuyos intereses estaban puestos en construir la imagen del Ministro y no en los procesos de comunicación social en salud. Se tuvo que superar esta discusión y se trabajó directamente con las regiones para identificar agentes claves en el nivel central que pudieran ser aliados en este proceso.

La apuesta de contratación se llevó con presiones: de un lado, la falta de competencias nacionales y, de otro, la poca fuerza de negociación como Ministerio de Salud.

“Creo que debería hacerse un mix. Sigo creyendo en las empresas internacionales que por algo han probado su experiencia en otras partes del mundo y hay gente que ha desarrollado capacidades ahí, pero también creo en la gente local, en las ONGs locales, en los desarrollos y los recursos locales que por algo son nuestros... Entonces tenemos que coordinar con todos y con ninguno a la vez y eso es complicado” (PSNB - G. Núñez).

## Diagnóstico - Evaluación

Se hizo un CAP demasiado grande, que abarcaba todas las zonas del proyecto y que duró mucho tiempo. Por ello se demoró la intervención.

En cuanto a la evaluación de impacto, el cambio de comportamiento se observa más en el tema de salud materno infantil. En el parto institucional aumentó la cobertura en las zonas de intervención del proyecto. Se realizó también un diagnóstico inicial de recopilación de material IEC, afiches, panfletos, videos y cassettes sobre salud materno infantil producidos en las cuatro regiones, los cuales fueron analizados. Se catalogó y se obtuvo un análisis del material que funcionó.

Asimismo, se definieron los indicadores de conocimientos, actitudes y prácticas en los que se menciona que hay que ser más agudos en la identificación de barreras y facilitadores para la opción al cambio de comportamiento que se refleje posteriormente al final de las intervenciones.

Una debilidad que se reconoce es la ineficiencia en el tema de las investigaciones, pues estas duraban mucho tiempo. Tuvieron reportes e informes finales a tiempo para la intervención, pero lamentablemente terminaron convirtiéndose, algunos de ellos, en estudios muy técnicos, muy especializados, que no fueron oportunos para el diseño de las intervenciones.

## **Selección del personal del proyecto**

Se trabajó como equipo multidisciplinario, compuesto por profesionales de las Ciencias Sociales, economistas, salubristas, comunicadores, antropólogos y psicólogos. Se incluyó la visión de género, que fue muy importante. La conformación de los equipos en la unidad técnica central, como en las gerencias regionales, fue de 50% de hombres y 50% de mujeres.

El perfil ideal que manejaban era el de un comunicador o educador con experiencia en el diseño y la gestión de intervenciones educativo comunicacionales en salud, cosa que fue muy difícil de encontrar. Había gente con experiencia en trabajo comunitario, o solo educadores o asistentes sociales, o sociólogos, pero había pocos comunicadores con esas competencias específicas. En función de eso se decidió diseñar un perfil que pudiera calzar con un profesional de las Ciencias Sociales con experiencia en trabajo comunitario y con conocimientos en comunicación social y en comunicación comunitaria.

Manifiestan que AED es una agencia con experiencia internacional en el tema, y con experiencias exitosas en otros países en el mundo, convirtiéndose en referente importante para el país, sin embargo, el problema de AED es que tenía sólo un profesional internacional en el Perú y el resto era gente nacional, no necesariamente con el perfil y con la experiencia que el PSNB había pedido. Por otro lado, tenían también claro que de acuerdo al contexto, no se podía pedir más porque no habían profesionales con ese perfil, y si lo habían ya estaban ocupados.

## **Capacitación al personal de salud**

Ese trabajo con promoción requirió afianzar capacidades en los equipos locales de las direcciones regionales de salud y, por lo tanto, se crearon las comisiones de IEC. Estas se definieron con puntos de competencia para ser sostenibles en el proceso, considerando que el proyecto iba a terminar y estas instancias tenían que ser fortalecidas para continuar las acciones. Se abrió el terreno de formación de las capacidades en IEC y se definieron competencias; se trabajaron programas de capacitación para lograr estas competencias.

El proyecto trabajó a través de los servicios de salud. Se capacitó al personal en mercadeo social y el PSNB diseñó un diploma de mercadeo social a distancia cuya implementación duró siete meses.

“... el sector de salud pública ha avanzado mucho en comunicaciones; es parte de un proceso global y siento que este último período en que han estado los proyectos, donde quizás ha habido más recursos para desarrollar experiencias privilegiadas de comunicación para la salud, ha sido un momento importante también de formación de recursos humanos en el propio campo” (PSNB - G. Núñez).

También los entrevistados abordaron las necesidades de apostar a una estrategia multisectorial, la cual sea discutida, aprobada y realizada por profesionales peruanos, y evaluar qué les corresponde hacer para, desde ahí, definir la presencia de experiencias (capacidades) internacionales que no tenemos.

“Además, por ejemplo, en el tema de cambio de comportamientos creo que sí necesitamos los peruanos contrastar con otras experiencias del mundo” (PSNB - G. Núñez).

## Cultura institucional

Esta nueva dinámica del proceso de reforma hizo modificar conceptos y estrategias institucionales, lo que no fue tan sencillo. El diseño del modelo de atención integral propuesto por el PSNB se discutió con las direcciones de salud; se tuvo que hacer oficial y se insertó dentro de la cultura y la lógica organizacional, a la vez que se formalizaron las directivas y resoluciones ministeriales para desarrollar el nuevo modelo. El rol de la comunicación fue importante en esa etapa, pues se tuvo que sensibilizar al personal y evidenciar los beneficios de la atención integral. El enfoque del modelo fue parte de la construcción de una nueva cultura organizacional.

## Los comportamientos

“... esos comportamientos esperados deberían asumirlos el Ministerio, con una gran matriz de comportamientos que orienten las intervenciones integrales en IEC, lo cual hasta ahora no se hace y es lamentable porque seguimos con las intervenciones aisladas sin un enfoque integral y sin un enfoque de comportamientos” (PSNB - G. Núñez).

Una iniciativa del PSNB fue crear una propuesta de comportamientos para la población usuaria de los servicios materno perinatales. Es necesario mencionar que

este mapeo de comportamientos no fue compartido con instituciones que trabajaron los mismos temas, con similares públicos y ámbitos de acción.

“... además del desarrollo de competencia, no se hace nada si no tenemos el plan marco de la promoción de la salud; este plan marco de la promoción tiene que partir de un conjunto de comportamientos esperados que recuperen los resultados de las investigaciones de todas las instituciones que han trabajado esto; que sean priorizados, que sean trabajados con una metodología participativa, que te permitan brindar norte a las grandes estrategias del sector pero que finalmente estas puedan ser operativizadas y enriquecidas por los “n” actores involucrados en el proceso. Creo que el Ministerio particularmente se fortalecería si llega a definir este plan marco con los comportamientos esperados y mensajes y estrategias básicas” (PSNB - G. Núñez).

Queda claro que, después de la experiencia de ejecución del PSNB, la mirada de los consultores fue más amplia e integral. En el 2001 se pasó a un gobierno transitorio que permitió dialogar y hacer un análisis crítico de resultados. El PSNB entregó los resultados antes de julio del 2001, fecha en que asumió el nuevo gobierno la gestión del Estado.

## La población - Promotores de salud

“La población con la que se trabajó estaba ligada a los servicios (focalizada por ámbito). En el CAP que se hizo, se comprobó que los niveles de conocimiento eran altos. El problema eran las prácticas, pero ya había conocimientos y actitudes bastantes positivas frente a la salud” (PSNB - A. Luna).

Se hizo énfasis en la comunicación interpersonal, reforzando las habilidades para lo interpersonal y grupal y el uso de los recursos comunitarios. El rol del promotor era incentivar el uso de servicios de salud preventiva y el trabajo con la comunidad.

“... siempre me dijeron que era imposible pretender hacer un censo con promotores de salud porque no sabían, eran analfabetos, no tenían educación y eso iba a salir cualquier cosa. ‘Censo’ es un término muy técnico, muy osado; el término es ‘empadronamiento’. Si trabajáramos con la comunidad en empadronar a su comunidad, no estaríamos hablando de coberturas ficticias, no estaríamos hablando de programaciones que se hacen desde las DISAS o el nivel central para 500 mil personas y resulta que son 30 y 50, porque no se dieron cuenta de que esa gente tiene una dinámica poblacional, que abandona su casa cuando tiene que ir a otro lindero a hacer su faena agrícola o lo que sea y después regresa. Eso lo sabe solamente gente de la comunidad” (PSNB - Gaillour).

## Lo cultural

Los entrevistados manifiestan que las instituciones que apoyaron en la implementación del proyecto tuvieron en cuenta los hábitos y percepciones de salud que tiene el público objetivo. Casi todo lo que se hizo fue a partir del CAP adecuado cultural y localmente para producir los materiales y las estrategias. No hubo ninguna estrategia nacional, sino regional.

“Se recogieron las costumbres y los conceptos de salud de las poblaciones objetivo. Por ejemplo, una de las principales actividades que desarrollaron los alumnos del curso de mercadeo fue la adecuación cultural de los servicios como exigencia del producto” (PSNB - A. Luna).

“Me he quedado sorprendido por el nivel de motivación y respuestas de la gente a todas las formas innovadoras y creativas de llegar a ella, como es el teatro en las calles... el teatro es una herramienta potente. ¿Qué es lo que hacíamos? Contratábamos por viáticos a personas de la misma zona que eran actores de teatro popular y que lo hacían muy bien...” (PSNB - A. Gaillour).

También se diseñó un curso de quechua para el personal de salud de los establecimientos. Se menciona que los resultados fueron positivos.

Una conclusión importante es que la mayoría de las enfermeras y obstetrices aborda lo cultural mejor que los médicos. Pero no necesariamente el personal de salud es sensible a incorporar las costumbres, las vivencias y la idiosincrasia de la gente local.

A criterio de los entrevistados, se ha hecho un esfuerzo para abordar lo cultural, pero aún así lo consideran insuficiente, pues lo ideal es que se desarrollen propuestas en zonas donde habiten grupos indígenas de habla nativa.

La elaboración de cualquier material educativo comunicacional se hizo en función de la red y no en función de un establecimiento o de un puesto u hospital como elementos aislados. Por ello, la lógica cambió en el camino y adecuarse a ella no fue sencillo porque se comenzó a hablar de niveles de complejidad y de un sistema de capacitación.

“Las acciones para salud están centradas en la oferta y no en la demanda; ello al final siempre nos termina sesgando y tengo que hacer una mea culpa sobre todo para los médicos. Los médicos, por más salubristas que sean, siempre están centrados desde la oferta; una buena atención es tener lo mejor para esa paciente, pero no siempre se puede. Tú tienes unas serranitas que vienen con un montón de polleras y no quieren

que les quiten las polleras, o no quieren dar a luz en posición horizontal y ahí sí nos hemos quedado; o quieren calefacción en la sala de atención de partos que suele ser fría, o quieren sus mates o a su acompañante” (PSNB - A. Gaillour).

## Cierre del proyecto

“Siento también que las oportunidades de compartir estos aprendizajes en otros escenarios, con otros sectores, con el propio salud, no están siendo asumidas por el Ministerio. Entonces se termina en capitalizaciones individuales, cuando no debería ser”. (PSNB - Núñez)

Uno de los aspectos planteados por los entrevistados es la urgencia de sistematizar las experiencias.

“[El Ministerio de Salud] es una institución que no aprende, y eso para una institución moderna es crítico. Entonces la pregunta es: ¿por qué no hay políticas de promoción de la salud?, ¿por qué no hay lineamientos diseñados en promoción de la salud?... Porque la cultura de la evaluación, del monitoreo, la validación, la sistematización y las lecciones aprendidas no existe, y son estas evaluaciones, validaciones y sistematizaciones que se producen en el tiempo las que al final apoyan la formulación de una política; si yo no tengo una instancia en el Ministerio que sea capaz de agruparlas y analizarlas para sacar políticas, entonces de qué políticas hablamos: nos quedamos sin formular políticas o formulamos políticas sobre experiencias no tan exitosas” (PSNB - A. Gaillour).

Este proyecto, al igual que otros, evidencia lo crítico de institucionalizar resultados por la debilidad que existe en el sector de asumir orgánicamente lo realizado.

## Resultados y lecciones aprendidas<sup>1</sup>

- En la ejecución se han formado recursos humanos que, a criterio de los ex miembros del PSNB, no se deberían desperdiciar. Se han creado capacidades y experiencias en conjunto con personas y profesionales que han sido parte de la intervención, que deberían ser recuperadas.

.....

<sup>1</sup> Nota del investigador: si bien el PSNB reconoció las limitaciones del MINSA para desarrollar acciones de IEC, después de su intervención (1994 - 2001) se siguen manteniendo muchas de las limitaciones. La mayoría de proyectos de inversión no ha tenido la suficiente fuerza para incidir en la política y cultura institucional de salud. Visto así, cualquier proyecto de inversión que se piense para el futuro debe considerar seriamente estas limitaciones.

- Los entrevistados consideran que se debe evaluar y recuperar un conjunto de competencias y que los profesionales de la comunicación puedan resolver los problemas desde la perspectiva del Ministerio. La formulación de competencias no debería ser realizada solo por el MINSA sino en conjunto con las ONG, de manera multidisciplinaria, recuperando los profesionales que han vivido el tema.
- Respecto a las universidades y la formación de comunicación en salud, manifiestan la urgencia de modificar los planes de estudio desde una perspectiva de comunicación para el desarrollo.
- Los entrevistados manifestaron que no podrían mencionar la institución que debería ser encargada de capacitar al personal de salud en promoción y comunicación. Afirmaron que en algunos casos se recurrirá a recursos extranjeros para desarrollar capacidades de gerencia en comunicación de salud y mercadeo social. Por otro lado, algunos temas podrán ser dados por equipos locales y las ONG, y otros por las universidades.
- Otros aspectos que sacan como lección aprendida son el tema de intervención educativa comunicacional y el enfoque de mercadeo social. Tienen puntos que son complementarios y que se enriquecen mutuamente. Ambos han sido útiles para el propósito del PSNB.
- La reformulación del perfil del nuevo profesional —de las competencias que requiere tener— no debería ser diseñada solo por el MINSA sino que se debe trabajar en conjunto con las ONG y con profesionales que han desarrollado una experiencia de campo que les permita tener un enfoque más cercano a lo ideal.
- La lección aprendida en lo referente a proyectos es que las consultorías grandes no funcionan. Es mejor trabajar con consultorías más pequeñas, con ONG locales o nacionales que tengan manejo de su personal, de modo que se pueda hacer sostenible y más económica la intervención. En todo caso, la consultoría podría ser mixta.
- Las líneas de base a partir de un CAP tienen sus limitaciones si no incorporan el enfoque comunicacional que aseguraría un mejor conocimiento del problema.
- Los recursos humanos en comunicación que se encontraron resultaron insuficientes; los existentes tenían una mirada centrada en la imagen y las relaciones públicas.
- El tema de intervención educativa comunicacional y el enfoque de mercadeo social no están divorciados; son complementarios y se enriquecen mutuamente.
- Los entrevistados observan que existen resistencias en el personal de salud, principalmente en las instancias regionales, para asumir un compromiso con la población que permita incorporar las costumbres, vivencias y la idiosincrasia de las personas. Existe la necesidad de reformular los planes de estudio en las universidades para que se aborden estos aspectos en un enfoque hacia la promoción de la salud, de mercadeo social.



- Uno de los principales problemas que tuvo el PSNB es que no existió un nivel formal para las acciones de promoción de la salud como contraparte del proyecto.
- Los diagnósticos CAP no deben ser tan grandes; uno más pequeño centrado en un público objetivo más delimitado posibilitaría un mejor conocimiento del mismo y la adquisición de la información demoraría menos tiempo.
- El PSNB desarrolló sus acciones de IEC con la aprobación de la Dirección General de Cooperación Externa y no de la Dirección de Comunicaciones, lo que demuestra una ruptura entre los proyectos de inversión y las instancias de decisión pertinentes al tema. Ello conlleva a problemas de institucionalización.

### 3. Región San Martín: Dengue

#### Justificación del proyecto

El dengue es una enfermedad infecciosa causada por el virus que lleva el mismo nombre. Este posee cuatro serotipos que pueden producir cualquiera de las formas clínicas: asintomática, clásica o febril oligosintomática, febril hemorrágica y síndrome de dengue con shock. El dengue se produce por la picadura del zancudo hembra *Aedes aegypti*. La enfermedad no se propaga de persona a persona. La cadena epidemiológica está constituida por: hombre enfermo, zancudo y hombre sano. El zancudo no vive en aguas estancadas o sucias sino que reside y se reproduce en aguas limpias o en corrientes donde existe una constante renovación del líquido. El dengue es una enfermedad contra la cual no hay terapia específica. El único método para reducir su incidencia y su prevalencia es eliminar el vector.

La reintroducción del *Aedes aegypti* en la amazonía peruana en 1983, y al poco tiempo en San Martín, preparó condiciones favorables para el origen y desarrollo de epidemias de dengue. En 1990 se produjeron 3700 casos en la zona de Tarapoto. Desde ese año su presentación es inestable y episódica. Después del 90 hubo mayor actividad de brotes epidémicos en 1993 y 1996, y una propagación a otras zonas del país.

Sin la existencia de vacuna alguna que pueda ayudar a su prevención y sin medios conocidos de cura efectiva, la única salida era desarrollar estrategias de promoción de la salud para controlar al agente vectorial.

La Dirección General de Salud de San Martín desarrolló una experiencia exitosa que disminuyó los casos de dengue en la región. La presencia de promotores de salud y los líderes locales fueron factor clave en este logro. Por su parte, el Programa de Riesgos y Daños del Ministerio de Salud impulsa desde hace años diversas iniciativas con la participación de otros sectores del Estado y de la sociedad civil (Comisión Nacional de Lucha Contra el Dengue), pues se ha considerado al dengue como una

amenaza que se podría extender hasta toda la costa central. Estrategias masivas y locales de comunicación y promoción de la salud buscan controlar esta enfermedad con la participación de la ciudadanía. Entre sus objetivos institucionales mencionan los de prevenir, controlar y vigilar la dispersión del vector *Aedes aegypti*.

“El principal objetivo cuando enfrentamos esta situación era establecer un plan integral a nivel nacional que nos permitiera prevenir, controlar y vigilar la dispersión del vector, en este caso el *Aedes aegypti*, de esa manera, controlar la epidemia del dengue y evitar el dengue hemorrágico, sobre todo en áreas de alta transmisión” (Dengue - J. Ureta).

Para ello, según refieren, han desarrollado una serie de estrategias que buscan, por un lado, el compromiso y la participación de la población, actores sociales, gobiernos locales y organizaciones sociales, con el fin de conformar brigadas de salud para educar a la población y movilizarla para recoger inservibles. Por otro lado, se busca brindar asistencia clínica que aborde tres aspectos: la vigilancia entomológica, para la detección, el diagnóstico, la incriminación y el estudio de la enfermedad; la vigilancia de vectores, para ejercer un control y erradicación del vector, y los servicios de salud, para tener una capacidad de respuesta cuando se dan casos.

### Concepción y estrategias de promoción y comunicación para la salud

En el caso de la DISA San Martín, la concepción y el desarrollo de las estrategias se realizaron en el ámbito local. Los directivos de la DISA asumieron este trabajo de manera directa, lo que dio como resultado el compromiso del personal de salud. Cuentan, además, con brigadas locales que hacen visitas domiciliarias, con mensajes educativos a la población y con la observación de reservorios para evitar criaderos de la larva.

La DISA realizó encuestas CAP para medir la percepción de la población sobre el dengue y ubicar dónde está el problema, a fin de reforzar las acciones de IEC.

También se realizaron campañas de sensibilización y se utilizaron medios de comunicación locales, como son la radio, el altoparlante, la televisión y material impreso acompañado de acciones cívicas, como recojo trimestral de inservibles en los domicilios.

En cuanto al Ministerio de Salud, en el 2001 organizó una campaña en varias regiones del país denominada “Todos juntos contra el Dengue”, cuyo efecto sirvió para alertar a la población de la presencia de este vector en nichos vírgenes (se detectó el vector en Lima, mas no personas infectadas por dengue). Las campañas de limpieza y cuidado de los depósitos para el agua se realizaron en coordinación con los municipios.

Dado que existía por primera vez en el Ministerio la Dirección de Promoción de la Salud, se le asignó un rol de liderazgo en la concepción del plan porque se tomó en cuenta que todas las experiencias previas para afrontar el dengue no habían dado resultado. Entonces, desde la promoción de la salud se vio la importancia de involucrar a otros sectores, a la población y a los gobiernos locales. Las estrategias de comunicación y educación eran consideradas aspectos claves en el programa, señala el mismo Peñaherrera.

“Las estrategias que se desarrollaron estuvieron orientadas a buscar cambios de comportamiento en audiencias diferenciadas con la finalidad de que cumplan un rol activo y definido por nosotros a favor de la ejecución de este plan de prevención del dengue. [También se orientaron a] buscar los mayores niveles de involucramiento dentro del plan; es decir, que asuman el plan como una acción que debía desarrollarse con la participación de distintos actores de la comunidad. Entonces, las estrategias de comunicación apuntaron a sensibilizarlos: por un lado, buscar que actúen de determinada manera —que tomen una acción orientada a ciertos fines de acuerdo al plan— y, [por otra parte], que se involucren.” (Dengue - E. Peñaherrera).

Dentro de las estrategias para enfrentar el problema del dengue se definieron líneas bien claras: en la parte de laboratorio, la vigilancia serológica; en el área entomológica, la vigilancia de los vectores y su dispersión; respecto a los servicios de salud —a fin de brindar respuestas oportunas cuando se presenten estos casos—, la búsqueda de febriles y el tratamiento oportuno, y en la parte de promoción y comunicación social se diseñó una serie de estrategias que permitieron informar y comunicar a la población por diversos medios.

En cuanto a los objetivos de comunicación, se trabajó con diversos escenarios. En el escenario de Lima, el vector estaba presente en algunos distritos, pero no se registró la presencia de casos ni de enfermos. La estrategia que se hizo en los medios de comunicación iba orientada fundamentalmente al conocimiento de las medidas preventivas para evitar la enfermedad.

“Se trataba de enseñar a la población, de manera general, que si tenía necesidad de almacenar el agua adopte los cuidados del caso para evitar que el vector —en este caso es el *Aedes aegypti*— pudiera depositar sus huevos; de esa manera [se buscaba] cortar la cadena de transmisión” (Dengue - J. Ureta).

Por ejemplo, en el norte del Perú, el brote del dengue que entró en los años 1999 y 2000 tuvo un impacto serio. La enfermedad nunca había estado en una zona metro-

politana, siempre estuvo en zonas pequeñas de la zona norte como son Los Órganos y Máncora. No había ingresado a Sullana, que tiene una población de más de 100 mil habitantes. Con esa visión se tuvo una idea clara de lo que podría producirse en el resto de las ciudades de la costa si se extendía el problema.

“... el dengue en el año 99 empieza a arreciar en Trujillo... antes el problema era de Tarapoto, de Pucallpa, Iquitos, de Amazonas... pero ahora, los dos tercios del Perú están bajo riesgo de dengue. Antes la selva era una zona muy accidentada y de difícil acceso... Entonces era muy difícil la migración de la selva hacia fuera. En Tarapoto nunca había agencias terrestres y ahora hay muchas; la entrada y salida son fáciles. Eso sucede en todo el Perú: hay acceso y la movilización de pacientes o de poblaciones es muy rápida. Entonces, si un paciente está con principios de dengue, fácilmente pasa a Lima y a las 28 horas se le ataca la enfermedad” (Diresa SM - Pacheco).

En cuanto al nivel de planificación de las estrategias de comunicación, estas se dan principalmente en los niveles locales a través de las direcciones de salud y se utilizan los materiales de campañas anteriores. El nivel central se encarga de la difusión en los medios masivos, aunque en cuanto a los lineamientos a seguir sí se partió desde Lima (nivel central). También se diseñaron los mensajes principales y se definió el público al cual se quería llegar. Las direcciones de salud, a través de sus representantes en comunicación y promoción, fueron las que hicieron viable esto, de acuerdo con su realidad local y los recursos de los que disponían.

Para poder enfrentar el problema del dengue, el Ministerio de Salud estrechó sus relaciones interinstitucionales y con las instancias organizativas de la población, convirtiéndose en un modelo a seguir en cada estrategia a implementar.

“Hemos tenido reuniones específicamente para promoción, mesas en las cuales hemos convocado a todas las direcciones de salud del país, a todos los equipos: venían de Promoción, de Epidemiología, del Programa que era de Riesgos y Daños y el representante de Saneamiento Ambiental; formábamos planes macro regionales, tanto del norte como de la amazonía, la selva central y la propia Lima, para enfrentar este problema. De esa manera, diseñábamos un plan mucho más integral, no solamente de una DISA sino de toda una macro región. Todo esto lo desarrollamos entre enero y febrero del año pasado” (Dengue - J. Ureta).

“Establecieron un mecanismo para el control porque la intervención los agotó. Eran más de seis meses en alerta permanente y tuvieron que sectorizar: dividir los recursos del establecimiento de salud en diferentes áreas de dominio, de influencia del centro de salud. Ellos se hacían responsables de su zona y se comunicaban continuamente con los

responsables del área. Estos responsables eran: los comités civiles de Defensa Civil y organizaciones sociales (comedores populares o un comité de vaso de leche). Con ellos organizaron a la comunidad por áreas. Eso fue una buena medida que permitió multiplicarse y darle más responsabilidad al trabajador. Esta es una estrategia que sirvió en Sullana, Piura” (Dengue - L. Beingolea).

“Cuando uno quiere hacer algo bien, que la gente de la comunidad participe y que se involucre al personal de salud, se logra. Se tiene el ejemplo del dengue, donde se han presentado casos. Ahora ha bajado notablemente, a pesar de que el clima está apropiado (llueve, hace sol). Esto por las conductas, por el comportamiento de las personas y porque el personal de salud está muy involucrado. La ciudadanía participa en el concurso de comunidad saludable para decir quién hace mejor la actividad. Se dan premios como gorros, canguros, maletines; la gente siente que está inmersa y el personal de salud se siente comprometido” (Dires LL - Núñez).

## Recursos humanos

En cuanto a los recursos humanos, se estableció como estrategia la formación de equipos multidisciplinarios. Como observamos, la dinámica de este sector se debe al tipo de problema de salud que debe enfrentar en una coyuntura de peligro inminente, para la cual se necesitaba una actuación rápida para detener la epidemia.

Los que participaron fueron comunicadores y profesionales que conocen propiamente el tema de promoción de la salud, como son psicólogos y trabajadores sociales. Tenían experiencia previa; algunos, como los comunicadores de la Oficina de Comunicaciones, eran especialistas en el tema. Del lado de los profesionales de la Dirección de Promoción de la Salud también había experiencia en el campo de la promoción y la prevención, con profesionales en maestría en estos temas. Había profesionales con Maestría en Salud Pública, Promoción de la Salud y Educación Sexual y Reproductiva —aunque no es un tema afín pero sí elabora una estrategia de utilización de medios masivos—. El equipo era multidisciplinario.

“Para la selección de profesionales de la comunicación, que fueron más de 68, se les solicitó que nos alcanzaran propuestas que fueron tamizadas por un grupo de especialistas. Se optó por algunas de ellas y luego fueron validadas para la opinión técnica. Así fue como se seleccionó la información que era para el nivel nacional” (Dengue - J. Ureta)

“La Oficina de Comunicaciones mostró bastante interés e hizo hincapié en que el profesional participante tendría que haber trabajado en salud y tener experiencia en su rama” (Dengue - J. Ureta).

Según los entrevistados, el profesional que asume el trabajo de promocionar la salud —en el que se incluye al comunicador social— debe ser una persona comprometida que conozca la forma de llegar a la población; debe generar empatía y superar esa visión de atender solo la enfermedad para saber organizar a la población de modo que cambie de comportamientos y crear un sistema de salud. Además, debe tener capacidad de negociación para que influya en las autoridades locales a tomar decisiones políticas en bien de la salud de la población. Con respecto a esto último, los entrevistados mencionan que la promoción de la salud requiere de una mayor intervención con las autoridades, quienes no tienen una idea real de la magnitud del problema (de cómo evolucionan enfermedades como la malaria y el dengue en una ciudad, por ejemplo) para generar decisiones políticas que posibiliten alternativas de solución.

Una de las carencias del personal es el manejo de la cultura de la salud. Los profesionales que ingresan al Ministerio asumen que una de sus funciones principales va a ser preocuparse por atender la salud de las personas enfermas o las enfermedades. Hay una lógica en el sector que lleva a pensar que la función principal del profesional está orientada solo desde los servicios de salud.

El perfil de comunicador que se propone incluye las competencias en conocimiento, el manejo de herramientas comunicacionales y la capacidad para llegar a la gente. El profesional, además, debe vender su producto y tener empatía con su público.

“Las capacitaciones pueden ser de diferentes niveles y con los diversos profesionales y técnicos de salud. Si hablamos de un personal técnico, creo que debemos darle lo que este necesita para hacer muy bien el trabajo para el cual ha sido designado. Una vez que ellos sepan hacer bien lo que deben hacer en el nivel donde estén, podemos darles otros aspectos más. No pretendamos darles algo que no van a poder usar, sino más bien lo que ellos necesitan para que lo hagan bien” (Dengue - J. Ureta).

“¿Cuál es la diferencia entre un médico salubrista y un profesional salubrista [promotor de salud]? El médico salubrista está pensando en salud pública en términos de mejorar la calidad de atención al usuario dentro del servicio de salud: hospitales, redes, centros, postas; privilegia el que la capacidad resolutive sea óptima; no está pensando qué puedes hacer en un colegio, en un gobierno local, en qué le puede apoyar un antropólogo o un sociólogo. No lo ve porque es un médico que ha sido formado para atender las enfermedades de las personas. ¿Cómo previene las enfermedades de las personas? Organizando un sistema de salud que las atienda, que apague los incendios, que apague los focos de la epidemia. ¿Cómo apaga los focos de epidemia? Matando al zancudo. No está pensando en que además de matar el zancudo hay que hacer que la gente viva de

otra manera, influir sobre el alcalde para que organice su ciudad o el crecimiento de su ciudad de una manera ordenada cerca de los lugares donde hay agua y desagüe, influir sobre aquella persona de la comunidad que tiene la responsabilidad de planificar el crecimiento urbano de la ciudad. El médico no interviene a ese nivel. Él cree que es la función del alcalde. Él cumple su responsabilidad, atiende su posta bien” (Dengue - E. Peñaherrera).

## La tarea es de todos

Muchas autoridades no tienen conocimiento de los problemas de salud, incluyendo el dengue. Desconocían cómo evolucionaba la enfermedad en una ciudad. Cuando se congregaba a los dirigentes de pueblos jóvenes, los organismos de base, los comités de vaso de leche y los clubes de madres mostraban desconocimiento. La respuesta en un principio fue difícil debido a que no se respondía a un problema social, que es la falta de agua. Los dirigentes eran muy poco dinámicos y rechazaban su compromiso manifestando que eran obligaciones del sector salud la abatización de la casa, la fumigación y toda acción sanitaria.

Por otro lado, en la experiencia que desarrollaron reconocieron las limitaciones de los medios de comunicación escritos frente a la radio o televisión para las estrategias de difusión. Abordar la dimensión cultural les ha permitido ver que hay poblaciones que tienen desarrollada la oralidad como herramienta de comunicación por excelencia, y no tanto la lectura. Se dieron cuenta de que los volantes no son una buena estrategia, porque se le preguntó a la gente cómo se había enterado del dengue y un 80% o 90% decía que por la radio, un 20% por la televisión y un porcentaje muy pequeño a través de volantes. Antes se invertía una cantidad enorme en volantes y folletos, pero parece que la gente no tiene el hábito de leer. Ahora se invierte más en los mensajes a través de la radio y la televisión.

Según los entrevistados, se requiere de un seguimiento continuo y de mayor investigación para determinar los factores que están posibilitando el incremento de la epidemia. Por ejemplo, el seguimiento de los cambios ambientales debe ser un patrón de evaluación o un indicador para saber en qué momento el aumento de la temperatura y la humedad son factores condicionantes de la presencia del vector. En segundo lugar, es necesario establecer un sistema de evaluación de la presencia del vector. Por último, se deben hacer estudios de base para ver la susceptibilidad de la población hacia la que se ha tenido impacto en la zona norte del país.

“De repente lo que faltó es un basal oportuno, un basal hecho con mayor celeridad que la burocracia en el Ministerio a veces no permite” (Dengue - E. Peñaherrera).

Los entrevistados proponen que algunos temas sean ahondados con estudios socio-antropológicos.

“Sería importante saber por qué botan el abate, por qué lo eliminan. La mayoría responde que le da mal sabor al agua y eso lo hemos tratado de ver. El problema es la repugnancia que tienen cuando la bolsa comienza a cambiar de color... se va poniendo verde y lógicamente es asqueroso” (Dengue - Beingolea).

En los lugares donde ha habido lluvias el mosquito vive dentro de la casa, pero su movilidad puede cambiar en cualquier momento y hacerse extradomiciliaria. Ese es un tema que falta investigar; hay que establecer el mecanismo por el que permanece en algunos lugares de la selva.

Si bien ante el inminente peligro la población incrementa su participación en acciones de prevención, cuando este peligro se da disminuye la conducta saludable. Los entrevistados plantean entonces trabajar desde los más jóvenes, en los colegios, para hacer más sostenible una conducta que permita controlar la epidemia del dengue. Asimismo, algo que proponen es que deberían introducirse en el trabajo de promoción indicadores cualitativos que permitan entender mejor los indicadores cuantitativos basados principalmente en la prevalencia de la enfermedad y en los servicios a los que tiene acceso la población. En este caso se ha propuesto trabajar con un indicador de participación de la población, tal vez limitado solo a medir el número de organizaciones que participan en las acciones de prevención, pero que refleja una intención de incluir un factor más que permita la elaboración de mejores estrategias de intervención.

“La población se olvida rápidamente, al igual que lo del cólera. Eso fue dramático porque mató gente. Pero la población se olvida rápido de las prácticas que le hacen ejercer la protección a nivel individual y familiar. Creo que se necesitaría una campaña muy fuerte en la población para proteger el agua” (Dengue - L. Beingolea).

Mientras no se establezca una fuerte corriente de información a la generación de estudiantes desde la primera infancia —de los primeros años de colegio, hasta el último año— no se van a poder hacer cambios. La gente que sufre va a responder ante a la emergencia pero no va a prevenir. Los directivos coinciden en que si se establecen buenos programas de información de salud a los niños, ellos van a generar más adelante una respuesta, un cambio permanente.

En resumen, la acción contra la epidemia del dengue está basada en la urgencia. La epidemia está avanzando y requiere de acciones inmediatas que permitan detenerla. La efectividad de la intervención radica precisamente en una alta percepción de peli-



gro, tanto del Estado como de parte de la población involucrada. Pero el nivel de participación irá disminuyendo conforme se vaya perdiendo esa percepción. Por tanto, la estrategia también deberá pensarse para los momentos de menor prevalencia y, como dicen los entrevistados, para que sean sostenibles esas conductas se debe trabajar con los más jóvenes, en los colegios, e involucrar a otros actores sociales y gubernamentales.

## Resultados y lecciones aprendidas

- Se ha conformado un equipo de profesionales calificados con experiencia en IEC en el nivel central (Ministerio de Salud - Lima). En las DISA, la capacidad técnica en el manejo de estrategias IEC disminuye, lo cual influye en el logro de los objetivos.
- El perfil del profesional que interviene en promoción de la salud debe incluir algunas competencias básicas que suponen un acercamiento a la población y un compromiso con ella, además de una influencia sobre las autoridades locales para tomar decisiones políticas en bien de la salud de la población. Debe saber crear, además, un sistema de salud que apague los focos de la epidemia.
- Se reconoce que una función importante es la coordinación con otros sectores. El trabajo intersectorial posibilita trabajar con escenarios como los de educación y agricultura, y con otros específicos como la escuela, los municipios y las asociaciones de agricultores, aprovechando los recursos económicos y humanos.
- Se reconocen las limitaciones de los medios de comunicación escritos frente a la radio o televisión para las estrategias de difusión. Al respecto, no es solo un problema de analfabetismo, pues existe un gran número de personas que han aprendido a leer pero no practican la lectura (analfabetos funcionales).
- Si bien el dengue ha sido controlado, los casos de malaria, por el contrario, se están incrementando. El problema es la falta de una mayor investigación para determinar los factores que inciden en el aumento de la enfermedad. Se reconoce, asimismo, que recién se están empezando a incluir al poblador, a las autoridades locales y a los docentes como actores activos en la solución del problema.
- Se requiere de una mayor intervención con las autoridades para generar decisiones políticas que posibiliten alternativas de solución.
- Se debe entender que la población se olvida rápidamente de las medidas que debe adoptar para evitar la aparición de la enfermedad. Por tanto, se necesita tener una continuidad en las campañas de información para recordar las prácticas saludables en la población. Ello implica programas de Promoción y Comunicación - IEC en las DISA.

## 4. PROCETSS: VIH/SIDA

### Justificación del proyecto

Las características de la epidemia del SIDA y de infección por el virus de la inmunodeficiencia (VIH) conllevan graves consecuencias individuales y sociales que exigen la acción coordinada de las instituciones y organizaciones del país. El Programa de Control de Enfermedades Transmisibles y SIDA (PROCETSS) del Ministerio de Salud ha realizado una importante labor en los últimos años, construyendo un escenario de trabajo común con otras entidades. Promoción y comunicación fueron dos componentes fundamentales para el desarrollo del programa. Los medios de comunicación también fueron aliados importantes en este proceso.

### Concepción y estrategias de promoción y comunicación para la salud

El principal objetivo del PROCETSS fue reducir la transmisión del VIH / SIDA en la población peruana. Se organizó en cuatro unidades de trabajo: fortalecimiento institucional, epidemiología, atención clínica y atenciones para el cambio de comportamientos. La unidad para el cambio de comportamientos concentraba las acciones de promoción y comunicación para la salud, como el control de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y VIH en el país.

La población objetivo estuvo constituida por adolescentes y jóvenes, por ser la población de mayor riesgo de adquirir el VIH. Se contó con un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas en infecciones e internistas, comunicadores, psicólogos y enfermeros.

Las estrategias principales fueron tres: a) control de las ETS; b) consejería para reducir el impacto del VIH en la población (educación para la salud); c) cambio de comportamientos en la población y uso del preservativo.

La comunicación interpersonal fue utilizada como herramienta básica (consejería). Se usaron materiales informativos y educativos y medios de comunicación masiva, sobre todo el 1ro. de diciembre por ser el Día Internacional de Lucha contra el SIDA. También se utilizaron sociodramas, talleres de pares y entrevistas de casos. El programa definía planes de comunicación anualmente.

El Ministerio de Salud fue consciente de la problemática inherente a la epidemia—convertida en una pandemia por su presencia mundial—y su influencia en el estado de salud de las personas, y también del entorno social, familiar y económico del individuo. Por ello, la orientación del PROCETSS para la lucha contra esta enfermedad apuntó al cambio de la actitud y de las prácticas de la población en mayor riesgo

e incidió en la sexualidad, con una mirada desde la prevención para evitar las infecciones y el ejercicio de una sexualidad saludable a través de la promoción de la salud y la comunicación.

“Debemos tener en cuenta que el VIH/ SIDA es una epidemia... muy grave para el país, un problema que está focalizado en salud y que tiene que ver con una serie de factores económicos, sociales y de educación” (Procetss - Altamirano).

“... la unidad de intervenciones para el cambio de comportamiento [del Programa Nacional de SIDA] tenía como principal objetivo diseñar una serie de intervenciones en el campo de la promoción de la salud y de la prevención para tratar de evitar que la población se siga infectando de ETS y VIH” (Procetss - Altamirano).

La iniciativa de la creación de este programa respondió, de un lado, a la necesidad de controlar la expansión del SIDA y, por otro, a la conjunción de intereses de las diversas instituciones que abordaban el tema de modo aislado e individual para una institucionalización de esta lucha, con la combinación de esfuerzos y el trabajo conjunto.

De esta manera, el PROCETSS fue el resultado de la coordinación y la participación interinstitucional de los organismos de apoyo político y social involucrados. Estuvo liderado por el Ministerio de Salud, institución rectora de la salud del país y encargada de delinear las políticas del sector.

“De alguna u otra forma el Ministerio de Salud, con un conjunto de expertos en el país, tomó la iniciativa de formar el programa a través de la consulta con una serie de organizaciones en el país que ya tenían una lucha en lo que es el VIH/ SIDA. Estas se organizaron y desarrollaron el programa nacional con el apoyo político y social que tuvo el programa” (Procetss - Altamirano).

En este sentido, el marco en el cual insertó sus acciones el programa respondió a la unión de esfuerzos institucionales y a las necesidades de las poblaciones objetivo. Los lineamientos propuestos en el programa, su dinámica organizativa, sus normas, políticas, metodologías y técnicas, se sustentan en el conocimiento y la adecuación a las características de la población, así como en la evaluación de las intervenciones realizadas en los diversos grupos y zonas.

“Las técnicas o metodologías que utilizó el programa tuvieron que ver mucho con la dinámica organizacional del programa, el desarrollo, el monitoreo, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones, el manejo de lineamientos estratégicos y la aplicación de normas muy adecuadas y muy elaboradas en función a la población y a las vías de transmisión” (Procetss - Altamirano).

En consecuencia, los diagnósticos de conocimientos y comportamientos, sean cualitativos (grupos focales, entrevistas) como cuantitativos (encuestas), son la base sobre la cual se diseñan propuestas de intervención en la población. Se parte de la premisa de que es importante conocer a la población para elaborar las estrategias adecuadas a su realidad y al nivel de conocimientos del público, así como poder evaluar el cambio que se logrará a partir de la intervención y la reducción del impacto de la población. Ninguna intervención debe dejar de lado el estudio previo de la población beneficiaria si se quieren lograr cambios de comportamientos reales y sostenibles.

“En las intervenciones que se aplicaron, primero se desarrollaron estudios cualitativos, grupos focales y toda una metodología cualitativa y cuantitativa; se aplicaron encuestas y estudios de población para poder tener un conocimiento, un bagaje social, cultural y habitual de la población sobre todo en función a sus comportamientos, a cómo nosotros íbamos a intervenir y a qué esperábamos de la población más adelante” (Procetss -Altamirano).

### Recursos humanos y relación con la población

En relación con el personal que participaba en el programa, las personas involucradas en el diseño de la propuesta de intervención pertenecían a diferentes especialidades y disciplinas profesionales, a fin de contribuir desde sus perspectivas en el diseño y la planificación de las estrategias y complementarse entre sí.

Asimismo, los entrevistados manifestaron que la planificación de este programa, su ejecución y la interrelación con la población les sirvieron como un proceso de aprendizaje, ya que les brindaron una mirada diferente de la promoción de la salud, desde la perspectiva del usuario. También, ante la alternancia entre lo asistencial y lo administrativo, el personal tuvo mayores posibilidades de aprender estos dos niveles del trabajo comunitario, reforzando o asimilando ambos aspectos. En cuanto a la relación con el usuario, el personal aprendió a interactuar con diferentes grupos sin prejuicios ni desconfianzas, en igualdad de condiciones como seres humanos.

“... he aprendido a tratar, a entender a la población de riesgo; yo jamás había trabajado con esta. Aprendí a tratar a las trabajadoras sexuales, a acudir a los lugares de encuentro HSH. Es una ex coordinación donde no solamente manejas la labor administrativa sino también la labor asistencial... aprendí a manejar aunque sea un poquito lo que es promoción de la salud, la labor administrativa, coordinar” (V/S - Diresa - Bravo).

Igualmente, los entrevistados reconocen que una de las deficiencias del personal está en la dificultad para desprenderse de su lenguaje técnico, lo cual genera que los

mensajes no sean entendidos ni asimilados por la comunidad. Esto implica una debilidad en su capacidad educativa y en la interrelación con la población para el fomento de cambio de actitudes.

“Los médicos, las obstetrices, hablamos un idioma técnico, diferente, y hemos dado malos mensajes muchas veces” (V/S - Dires SM - R. Pacheco).

Los entrevistados manifiestan que un comunicador social debe tener entre sus cualidades la sensibilidad de entender a la población, la ausencia de prejuicios y de conceptos erróneos sobre la sexualidad y, principalmente, la capacidad de pensar en el otro, en sus percepciones, sus conocimientos y el proceso de aprehensión y procesamiento de información. De esta manera, se enfatizan el respeto por lo cultural en la práctica profesional y la importancia de conocer y entender al público beneficiario para lograr una intervención exitosa con resultados válidos.

“... el profesional de salud o el promotor que va a trabajar con este tipo de población vulnerable debe... tener un perfil que no tenga que ver con prejuicios ni conceptos erróneos de lo que es sexualidad, manejar un lenguaje adecuado para poder acercarse a la población y brindar los conocimientos y la información, a fin de que la población pueda captar este conocimiento y pueda discernir qué es más importante para su salud” (Procetss - Altamirano).

En cuanto a los públicos trabajados desde el PROCETSS, tiene mayores prioridades la población denominada de riesgo hacia la enfermedad del SIDA y las ETS. Partiendo del hecho de que las transmisiones del VIH se dan mayormente por vía sexual, la población vulnerable está representada por las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo entre ellos. Ambos grupos se caracterizan por tener mayor facilidad para transmitir el virus a la población general. De este modo, se plantea como principal estrategia el control de los grupos vulnerables, acompañado por un proceso educativo comunicacional, con consejería y comunicación interpersonal.

“Fueron intervenciones para el cambio de comportamiento que se focalizaban básicamente en la población vulnerable en el país: la población que tenía mayor frecuencia de relaciones sexuales y la población que podía de alguna u otra manera transmitir la infección a la población general con mayor facilidad. Estamos hablando del grupo de trabajadoras sexuales y de hombres que tiene sexo con otros hombres” (V/S - Procetss - Altamirano).

Con el fin de lograr un mayor resultado, el programa concibió la metodología de la asesoría a la población y le brindó algunas características diferenciadas. Así, la pecu-

liaridad de la asesoría es que se realiza mediante los pares, es decir: si el público objetivo es un joven, la asesoría es dada por un joven; si es una trabajadora sexual, el consejero es una trabajadora sexual. Ambos comparten la misma condición o categoría social frente al riesgo de transmisión. Este tipo de asesoría representa una forma de minimizar las resistencias de las personas para abordar el tema sexual con una persona de su rango de edad u ocupación, extraña a su contexto cotidiano. Asimismo, intenta la familiaridad y la identificación entre el consejero y el usuario como una forma de involucrar y asimilar el proceso informativo y de aprehensión de las prácticas promovidas.

“... la estrategia de pares era una de las estrategias más adecuadas porque te permitía, a través de un par, llegar a la población objetivo; de un par capacitado, orientado, educado, informado y que maneje estrategias de comunicación y educación para la salud se podía llegar al otro sujeto para intervenir y buscar un cambio de comportamiento para que este sujeto pueda acercarse a un establecimiento de salud cuando tenga una ETS o se sienta en riesgo de adquirir VIH/ SIDA y pueda consultar a un profesional de salud y recibir la ayuda adecuada y oportuna” (V/S - Procetss - Altamirano).

Por otra parte, sobre cómo se aborda la temática del SIDA, los entrevistados manifestaron que es complejo trabajar el aspecto de la salud en términos de las implicancias personales que involucra el tema, debido a las creencias y los prejuicios dados en torno a la sexualidad. Por ello, los mensajes deben estar bien dirigidos y tratar adecuadamente las características de la población, con un previo conocimiento de las percepciones y creencias sobre lo sexual y el SIDA. Es necesario, además, evitar crear problemas de rechazo en la población por un mal manejo de significados.

“VIH/SIDA es un tema que llamo ‘para los especialistas’. Los mensajes tienen que ser muy bien dados. Lo que para uno puede parecer lo más natural, para otras poblaciones, para otro grupo de gente, no es así. Entonces los mensajes deben ir muy bien dirigidos: a qué población, en qué momento, a qué hora y en qué lugar. No puede utilizarse un medio masivo como la televisión como manera de hablar de comportamiento, porque quien lo ve tiene muchas creencias” (VIH/SIDA - RMN - Ureta).

Así, las personas entrevistadas inciden en señalar la necesidad de recoger el aspecto cultural de la población desde un acercamiento a la realidad local y respetando sus ideologías, percepciones y códigos. Se establece como importante la interacción con la comunidad para entender y vivir de cerca las barreras sociales y emocionales que se dan en la relación con la sexualidad. De esta forma, se manifiesta que la construcción

de una intervención en la comunidad no debe partir desde un escritorio (lejos de la vida comunitaria) ni basarse en estereotipos que no tienen correspondencia con la población, sino que debe partir de la perspectiva de las personas y construirse sobre bases claras y definidas de la problemática de los pobladores, que sean flexibles a los cambios comunales.

“Y como no puedes mirar por encima las cosas, tienes que meterte en esa comunidad, en sus códigos, su cultura, su ideología y sus percepciones, y allí trabajar con ellos los mensajes. No puedes pedir postergar el inicio sexual sin saber qué significa eso, cuáles son los temores del chico, la presión del grupo, cómo lo está viviendo él. No puedes ir con estereotipos y además tienes que ser muy creativo en un país como el nuestro, donde no hay muchos recursos” (V/S - Procetss - Germaná).

De este modo, en esta dinámica de rescate de la cultura de la población se propone no encasillarse en la aplicación de una sola metodología o estrategia—independientemente de que fuera exitosa o no— sino adecuarse a las prácticas reales y potenciales de los usuarios. Cada zona de intervención tiene sus propias particularidades, por lo tanto responde a diferentes procesos y tiene un particular modo de conceptualizar y mirar la salud.

“No hay que encasillarse en las estrategias de comunicación, hay que estar muy abiertos, hay que considerar el aspecto cultural de cada zona: en Lima tuvimos 3 ó 4 zonas; cada zona era particular y no podías juntar ni hacer la misma estrategia para la gente de La Victoria que para la gente de Villa El Salvador” (V/S - Procetss - Germaná).

Un ejemplo de estas diferencias lo constituye la población de la selva peruana (Región San Martín), donde la población se inicia sexualmente a temprana edad, lo que aumenta la posibilidad de adquirir el virus del VIH. Esta situación no solo tiene implicancias en la salud del individuo infectado, sino que también afecta la forma de asumir su sexualidad. La insuficiente información con la que cuenta y la falta de una conciencia real de los problemas de la infección lo llevan a no renunciar a una vida familiar y a tener hijos, aumentando de este modo el número de infectados. Por ello es que esta realidad demanda un tratamiento diferente a cualquier otra realidad del país, con estrategias y técnicas específicas a cada zona a partir de sus características particulares.

“Aquí los hombres inician sus relaciones sexuales entre 15 y 14 años, en cambio las chicas entre 12 y 13 años. El joven tiene sus relaciones sexuales con una mujer mayor, una trabajadora sexual o un homosexual... Las chicas con personas de más edad, con

cierto poder económico y cierta presencia, que es lo que atrae a las chicas jóvenes. Es muy triste, pero tenemos chicas de 15 años con VIH... Y eso va a traer un problema aparte. Una mujer con VIH a los 17 años no va a comprender muy bien la enfermedad y, por su espíritu de realizarse, de tener pareja, van a buscar [una pareja] de todas maneras; y si tiene una pareja la mayor satisfacción es tener sus bebés y el número de niños seropositivos va a aumentar. Ahora estamos trabajando con todas las instancias que están haciendo tamizajes de VIH para que se pueda detectar a tiempo si una mujer sale positivo” (V/S - DiresSM - R. Pacheco).

En este mismo sentido, los entrevistados inciden en manifestar que no solo se debe cuidar la adecuación de las estrategias a la cultura de la población, sino también crear un entorno que haga sostenibles y eficaces los mensajes difundidos. La adecuación de los mensajes a las características del público es un punto importante en el diseño de las intervenciones, pues estas no tendrán los resultados esperados si no concuerdan con la vida cotidiana de la población. Por ello, se hace necesario fortalecer los elementos de su entorno (familia, escuela, grupo social, compañeros de trabajo, etc.) para que la recepción de mensajes a través del programa tenga correlación con lo que el público ve o vive en su propio quehacer diario.

En cuanto al público priorizado —además de las trabajadoras sexuales y los homosexuales—, se trabajó con la población juvenil. Esto se debe a su sensibilidad ante el contagio del SIDA y al alarmante incremento de casos de jóvenes infectados. Ante la identificación de que la edad promedio de contagio es la de la adolescencia, se determinó como una necesidad implementar estrategias dirigidas hacia los jóvenes, quienes se convirtieron en uno de los ejes de trabajo del programa. De este modo, se busca hacer partícipes a los jóvenes en el cuidado de su salud y encaminarlos hacia la formación de una cultura de prevención y una sexualidad sana, desde su participación directa en el proceso de promoción de la salud.

“... en el año 98 se veía que había una tendencia a incrementar los casos de SIDA en la población joven. Entonces se veía que ya había gente con SIDA de 30 años que se había contagiado más o menos como a los 15 ó 16, y eso era una alarma” (V/S - Procetss - Germaná).

La estrategia implementada para trabajar con esta población juvenil intenta desarrollar, a través de la comunicación interpersonal y las actividades lúdicas, sus valores y habilidades para enfrentar las situaciones de riesgo, tomar decisiones e insertarse en un proceso de socialización. Asimismo, la comunicación y la actitud positiva desempeñan una función importante en esta estrategia con los jóvenes, ya que les brindan un espacio para poder desarrollar sus capacidades sociales y de interrelación con otros



jóvenes. También se intentó vincular la sexualidad con su integridad como ser humano —tanto lo psíquico como lo físico—.

“A la hora que hablabas de la sexualidad, hablabas de su cuerpo, del cuidado, de su libertad, y no solo trabajábamos lo que era prevención de ETS sino también el desarrollo de habilidades, por ejemplo: la autoestima... la habilidad de tomar decisiones, la asertividad, la comunicación. Fuimos más por las habilidades para la vida, lo que en algún momento toca los valores.” (V/S - Procetss - Germaná)

La iniciativa de trabajar con los jóvenes es complemento de lo que ya se venía realizando en el ámbito escolar. De este modo, se estableció contacto con las instituciones involucradas con la población juvenil: las ONG, parroquias, centros deportivos, grupos juveniles, etc. La estrategia de trabajar con líderes juveniles respondió a la necesidad de lograr un mayor reconocimiento de sus pares, dado que gozan de cierta autoridad, credibilidad y prestigio dentro de sus grupos, lo cual los convierte en aliados importantes en el proceso educativo promocional. Este proceso de involucrar a los líderes juveniles al programa requirió capacitarlos en sexualidad y prevención de ETS y convertirlos en consejeros, desarrollando en ellos habilidades para interactuar y educar a sus pares.

“... este proyecto era fuera del ámbito escolar, de tal manera que complementáramos el trabajo que estaba haciendo salud escolar... Se mapearon los lugares de encuentro y también cuáles eran los grupos juveniles y las ONGs que trabajaban, de tal manera que identificáramos líderes juveniles de acuerdo al perfil que habíamos elaborado y, en base al perfil, fuimos seleccionándolos. Para todo eso se contrató a ONGs que hicieran ese trabajo, se seleccionó a los líderes y luego se los capacitó en todo lo que era sexualidad y prevención de ETS. Ensayaron y desarrollaron habilidades para todo lo que era comunicación interpersonal con pares” (V/S - Procetss - Germaná).

Por otra parte, en el desarrollo de la intervención con los jóvenes se pudo identificar, como una de las principales barreras, las concepciones preconcebidas y los prejuicios de los padres hacia una intervención de salud sexual. Para minimizar este obstáculo, la actividad se complementó con talleres de capacitación dirigidos a los padres para buscar no solo que adquieran los conocimientos necesarios sobre su sexualidad, sino también su participación y su conversión en aliados de la intervención con los jóvenes.

“Muchos de los padres adonde íbamos no tenían conocimiento, y una estrategia que no estaba pensada fue el trabajo con padres. Se vio que uno de los obstáculos principales

eran los padres. Hicimos los mismos juegos... El juego los relajaba, pero también les incomodaban esas situaciones. Hubo talleres de capacitación para los padres” (V/S - Procetss - Germaná).

Otra barrera identificada en el trabajo de promoción de la salud sexual es la religiosa, principalmente las concepciones manejadas por la Iglesia Católica sobre el uso del preservativo. Aunque hay un cambio de actitud, aún existen muchas dificultades para abordar directamente este tema, pues se recomienda a los promotores que los preservativos ocupen el segundo o tercer lugar en la agenda a desarrollarse en las asesorías.

Otro obstáculo que se presenta se refiere al significado y la implicancia social de estar infectado con el virus del SIDA. Esta enfermedad es considerada un estigma para la sociedad, y la persona enferma es discriminada en los diferentes espacios de interacción social (la familia, la comunidad, los amigos, etc.). Esta discriminación tiene, a la vez, relación con el género: se agudiza cuando es la mujer la infectada, ya que se le asocia con la promiscuidad y la infidelidad, sin considerar la posibilidad de que el contagio sea por su pareja.

Las delimitaciones territoriales también son un problema para afrontar el problema del VIH/SIDA, debido a que se tienen que respetar las jurisdicciones del caso. Así, en San Francisco, Ayacucho, se puede observar este problema. En este distrito no existe prostitución, pero al cruzar el puente hacia Quimbiri, Cuzco, se aprecian “casas de citas”. Con miras a brindar solución a este problema se quiso intervenir en Quimbiri, pero las autoridades no lo permitieron porque está fuera del ámbito de acción y no pertenece a Ayacucho.

Por otro lado, PROCETSS ha trabajado desde lo interinstitucional, combinando esfuerzos e interés en el abordaje del tema de la salud sexual. Las instituciones participantes son las ONG, las organizaciones gubernamentales como el PROMUDEH y el Ministerio de la Presidencia, la sociedad civil y las instituciones cooperantes como UNICEF Y ONUSIDA. Esto responde a la concepción del SIDA como un problema de todos y no solo del Estado o de la población.

“Se trabajó la estrategia multisectorial, donde se pudo coordinar con ONGs y organizaciones gubernamentales a fin de comprometer e involucrar al sector civil y los otros sectores de la problemática del VIH/ SIDA” (V/S - Procetss - Altamirano)

“Junto con una necesidad del PROMUDEH y del Ministerio de la Presidencia para hacer intervenciones con adolescentes,... este proyecto tuvo la peculiaridad de mirar el problema no como un problema solo de la población o del Estado. Desde un principio se organizó el proyecto con los organismos cooperantes, en este caso ONUSIDA,

UNICEF, PROCETSS y dos ONGs: IES, que es una ONG que tiene mucha experiencia en trabajo con jóvenes, y Calandria, que tiene experiencia con trabajo en comunicación” (V/S - Procetss - Germaná).

Por último, los entrevistados determinaron que la implementación de las estrategias educativas en la población tuvo la limitación del factor económico: no se contó con los recursos suficientes para desarrollar una intervención intensiva en todos los grupos de población. Ante esta limitación, se decidió priorizar a los grupos vulnerables y trabajar con ellos técnicas educativas en salud. En cambio, en la población en general solo se organizaron intervenciones de sensibilización.

“No se contó con los recursos económicos suficientes. Los recursos fueron escasos para poder aplicar y desarrollar mayores intervenciones con la población. Se concentró en población vulnerable... porque era indispensable controlar la pandemia en el país... Los recursos eran muy pobres, muy escasos; solo podíamos lanzar y organizar intervenciones de sensibilización, pero más no” (V/S - Procetss - Altamirano).

## Resultados

- Hay que cambiar el enfoque de los grupos de riesgo hacia un enfoque de la población en general porque el VIH/SIDA ha transpuesto a estos grupos. Es necesario hacer énfasis en las poblaciones adolescente y joven. Se reportan más casos de la enfermedad en mujeres que en varones.
- Se reconoce que el personal de salud hablaba un idioma técnico, lo cual generaba mensajes que no eran bien entendidos. Además, no tomaba en cuenta a los adolescentes como grupo de riesgo prioritario.
- Los grupos de riesgo son una población comprometida que ahora accede a los centros de salud con mayor facilidad. Se ha roto el proceso de discriminación y maltrato.
- Todavía persiste una visión instrumental de la comunicación. Se da importancia al aspecto cultural de la población, pero esta no se concibe en una dimensión comunicacional que facilitaría la formulación de mejores estrategias que no necesariamente pasan por los medios de comunicación, sino por espacios de encuentro donde se posibilite la discusión del tema, la información, el apoyo mutuo e involucrarse en el tema para adquirir habilidades para la vida.
- El Ministerio de Salud no ha hecho énfasis en la formación de cuadros profesionales multidisciplinarios que permitan enfrentar el problema con mejores estrategias de aproximación, por ejemplo, con los adolescentes. Hoy en día, el tema de VIH / SIDA no es una prioridad sanitaria para el actual gobierno.

- Las delimitaciones territoriales pueden convertirse en un obstáculo para afrontar el problema del VIH/SIDA, debido a que se tienen que respetar las jurisdicciones del caso.
- Existe el problema de los bajos recursos económicos presupuestados, limitados principalmente a las acciones hacia los grupos de riesgo a pesar de que el problema se ha ampliado a otros sectores.
- El tema del VIH/SIDA ha generado múltiples investigaciones, cualitativas y cuantitativas, principalmente en los grupos de riesgo. Se ha diseñado una serie de estrategias que han permitido disminuir la expansión. El problema radica en el otro público —principalmente juvenil y adolescente—, donde se requiere desarrollar acciones de prevención con una cobertura más amplia de la que existe. Asimismo, las experiencias desarrolladas carecen, en algunos casos, de la medición del impacto que permita conocer los resultados de la intervención y la validación de dichas estrategias.

## 5. PRISMA: Crecer Sano y ALIANSA (Alianzas Estratégicas para la Seguridad Alimentaria)

### Justificación del proyecto

En los primeros años de vida, cada contacto, cada movimiento y cada emoción en la vida del niño pequeño redundan en una explosiva actividad eléctrica y química en el cerebro. En esos primeros años de la infancia, las experiencias y las interacciones con la madre, el padre, miembros de la familia y otros adultos influyen sobre la manera en que se desarrolla el cerebro del niño y tienen consecuencias importantes como las que originan otros factores, entre ellos la nutrición suficiente, la buena salud y el agua pura.

Los proyectos de PRISMA Crecer Sano y ALIANSA, buscan asegurar el estado nutricional de los niños a través de estrategias diferenciadas: el primero, dirigido directamente a la madre gestante y lactante y a niños menores de 36 meses en riesgo de sufrir desnutrición crónica; el segundo, que busca complementar esta primera acción mediante el incremento en la eficiencia de los recursos de los programas alimentarios nutricionales a partir de redes sociales que participarían en la toma de decisiones, posibilitando alianzas estratégicas en la búsqueda de la seguridad alimentaria.

### Concepción y estrategias de promoción y comunicación para la salud

Para el proyecto Crecer Sano, las estrategias de promoción y comunicación se sitúan en las familias identificadas en riesgo de sufrir desnutrición crónica. Las

estrategias incluyen tanto el seguimiento de gestantes y niños como la complementación alimentaria de las gestantes desde el sexto mes de embarazo y durante nueve meses.

En cambio, el proyecto ALIANSA desarrolla estrategias de defensa para poner el tema en la agenda del desarrollo local. Asimismo, busca asegurar la capacidad de los actores sociales para el fortalecimiento de la gestión local y generar corrientes de opinión pública para favorecer la participación de la población en la toma de decisiones. Todas estas acciones se centran en torno al fortalecimiento de espacios de concertación entre municipio, redes sociales y mesas de trabajo.

PRISMA, como hemos mencionado, busca prevenir la desnutrición crónica de los niños menores de tres años a partir de dos estrategias complementarias: una dirigida al grupo en riesgo y, la otra, a asegurar las condiciones adecuadas para el acceso a la alimentación, a partir de alianzas estratégicas que partan de procesos de concertación entre actores sociales y de gestión, que culminen en decisiones políticas en beneficio de los niños.

“Creo que, con esta estrategia, lo que buscamos en este proyecto es que la población, generalmente la última a la que tenemos en cuenta, ya esté involucrada en el tema de seguridad alimentaria y pueda presentar alguna demanda frente a los actores locales o de gestión, quienes puedan facilitar de alguna manera sus necesidades” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).

“Otro aspecto que se está enfatizando también es trabajar no solamente con el personal de salud y los promotores de salud, sino también involucrar desde el principio a las autoridades, para lo cual se han firmado convenios con municipios, sector salud y Prisma... Luego [se está trabajando] con ellos justamente en promoción de la salud, identificando—a partir de la línea de base y los resultados que se van obteniendo en el camino—cuáles son los aspectos que los agentes de salud, promotores o autoridades puedan identificar o apoyar” (SM - N - PRISMA - Crecer Sano - Chiang).

## Un enfoque desde lo local

Asimismo, las acciones implementadas por PRISMA, según refieren los entrevistados, parten de la demanda local para empatar con las necesidades de la población y las formas culturales de relación que establecen entre ellos y con los demás.

“...ninguno de los productos que pensamos lanzar o las actividades que pensamos realizar son actividades hechas por nosotros. Son actividades que han sido deman-

das en los sitios que vamos a intervenir, después de haber visto las necesidades en estos ámbitos y sus particularidades para poder intervenir” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).

“... una lección aprendida del proyecto Aliansa es haberlo construido a partir de lo que encontramos en las localidades donde vamos a intervenir. Hacer la construcción del proyecto Aliansa no ha sido fácil porque cada quien tenía un mundo de ideas. Pensamos una cosa muy diferente y encontramos otra. Entonces, creo que construir un proyecto a partir de lo que se tenga a niveles locales es bueno porque te va a permitir hacer tus actividades o programar tus estrategias de acuerdo a lo que encuentras en cada zona, que es lo que estamos haciendo con Aliansa: programar actividades que contribuyan al objetivo general y a nuestros objetivos específicos desde lo encontrado en cada uno de los lugares” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).

“Como las actividades están encaminadas a la generación de opinión, entonces cuando nosotros hicimos el diagnóstico fue en los niveles de espacios de concertación, de municipalidades y de organizaciones presentes en cada una de las zonas. Se trabajó el tema de gobernabilidad y de concertación, y se trató de elaborar una línea de base con la cual podamos decir: en tal provincia el nivel es bueno, por decir; otra provincia tiene un nivel medio, y otra un nivel regular. De tal manera, se podían priorizar las zonas de intervención. También se recogió la opinión de la población en lo que era el comportamiento con relación a temas de nutrición... y se hizo una encuesta a los principales actores, regidores, alcaldes y algunos líderes a los cuales se les preguntó cuál era su opinión referente a los programas de apoyo alimentario, cómo veían el desarrollo local de sus comunidades o de sus provincias” (N - PRISMA - Crecer Sano - Chiang).

Esto permite, según afirman, que las acciones a implementar sean viables. En ese sentido, partir desde lo local, desde las mismas personas, implicaría abordar procesos culturales en los que se mueve la población. Conocer a los pobladores posibilitaría mejorar las estrategias comunicacionales y de promoción y los procesos de cambio a partir de sus costumbres. Esto implicaría, entonces, hacer estudios o líneas de base más consistentes que aborden no solo lo cuantitativo sino también lo cualitativo.

“Tenemos dos tipos de población objetivo para lo que es Aliansa: uno son los líderes locales y otro la población, llámese madres con niños menores de tres años. Considero que en ambos vamos a tener una dificultad en llegar debido a que no es fácil trabajar hábitos, costumbres, en la población y en estos líderes. Aún así considero que en estos meses que estoy en Ayacucho trabajando, recogiendo alguna información, nos están facilitando este proceso tanto la población como los líderes” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).

## Percepciones de los líderes y agentes de desarrollo

Algunos hallazgos mencionados hablan de las percepciones que tienen los agentes de desarrollo, de los líderes. Sus miradas se encaminan hacia otras actividades mucho más tangibles, que puedan ser medidas físicamente principalmente por la población. Por tanto, no le dan importancia a temas como el de seguridad alimentaria. Esto implica, para PRISMA, un reto que se transforma en el diseño de estrategias que buscan sensibilizarlos y, posteriormente, que asuman compromisos en beneficio de los niños.

“Es muy difícil trabajar un tema solamente de apoyo técnico o de fortalecer capacidades si no se da mucha importancia a nuestras principales autoridades. Esa fue una de las dificultades que tuvimos: cuando recogimos información no veíamos mucho interés... [Nuestras autoridades] están más orientadas a ver aquellos programas o actividades que pueden ser tangibles, medidos físicamente, y esa es la principal motivación para ellos. Entonces, cómo trabajar con alianzas si probablemente de aquí a unos dos o tres años, o quizás en el año 2006, no va a haber muchos cambios en la población objetivo o en la población a la que nos estamos dirigiendo... Insertar eso en nuestros actores locales es un poco difícil, y esa fue una de las dificultades que tuvimos cuando recogimos la información” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).

Tener una mirada hacia los otros actores sociales o agentes de desarrollo implica darle sostenibilidad a la propuesta de seguridad alimentaria. El enfoque hacia la responsabilidad solo del MINSA es un enfoque errado para los entrevistados. Si no interviene la población ni se compromete a darle continuidad al proyecto, entonces este no es sostenible en el tiempo. Ello implica abordar estrategias desde los líderes locales, desde los actores sociales o agentes de desarrollo.

“Creo que se debería echar mano a todos los recursos que hay en la comunidad y no ponerlos encima del personal de salud sino más bien en los promotores, parteras, autoridades; que tengan un rol, que pueda hacerse un plan entre todos y que cada uno tenga un rol” (SM - N - PRISMA - Crecer Sano - Chiang).

“Las estrategias que estamos utilizando para el desarrollo del proyecto Aliansa son tres básicamente. [La primera es la] de abogacía, que tiene como objetivo realizar actividades encaminadas a colocar el tema de seguridad alimentaria en las agendas de desarrollo local..., en todos estos espacios donde podamos de alguna manera trabajar la seguridad y donde pueda ser un tema de interés tanto local como regional. La segunda estrategia que estamos tomando es el fortalecimiento de la gestión local. Se tiene previsto para esta estrategia fortalecer actividades encaminadas a la capacidad de gestión de los

actores sociales, de tal manera que estas personas tengan la capacidad de desenvolverse y tomar decisiones orientadas que puedan llevar a trabajar para este proyecto el tema de seguridad alimentaria. La tercera estrategia que estamos utilizando es la generación de opinión pública. En esta estrategia se van a trabajar fuertemente actividades encaminadas a que la población participe en la toma de decisiones en el desarrollo local y la vigilancia de la ciudadanía” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).

## Recursos humanos

Con relación a los profesionales que trabajan en la promoción de la salud, incluido el comunicador social, se considera que sus habilidades deben abordar la comunicación interpersonal y la capacidad de entender lo cultural y trabajar en equipo, además de sistematizar experiencias. Asimismo, dicha persona debe tener vocación de servicio y sensibilidad social.

“... estamos trabajando con mucha gente que ha trabajado años con Prisma, desde los proyectos anteriores. Tienen la experiencia de haber trabajado con madres, con promotores, con gente de salud. Lo otro es que hemos visto para la gente nueva que tenga formación, que tenga maestría en Salud Pública, y a la hora de la entrevista nos hemos fijado mucho en lo que es trabajo en equipo, habilidades de comunicación interpersonal” (SM - N - PRISMA - Crecer Sano - Chiang)

“Que tengan una formación en comunicación, que tengan habilidad para la comunicación interpersonal, que tengan sensibilidad social... Una cosa que sí nos ayudaría... en la parte de comunicación y que sí tienen los comunicadores es la sistematización de las experiencias” (SM - N - PRISMA - Crecer Sano - Chiang).

Asimismo, debido a las características geográficas particulares y de población que tiene el Perú, se requiere que el profesional conozca la zona de intervención y, si ello fuere necesario, que tenga la posibilidad de hablar el quechua u otro idioma o dialecto.

“Si buscamos un perfil para un comunicador, primero que nada debería ser una persona que conozca la zona... y pueda facilitar el proceso. Tiene que ser una persona muy involucrada en todos los temas de salud, que pueda captar fácilmente y sea sensible a todos los acontecimientos que se puedan dar a niveles locales, porque dos provincias o dos localidades, por muy cercanas que estén, tienen sus particularidades. Entonces, creo que un comunicador debe ser una persona muy hábil para poder adaptarse a estos mecanismos, a esta situación, para poder facilitar el proceso; de lo contrario, no vamos a poder insertarnos en la comunidad” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).



“Hemos visto [la barrera del idioma] en la campaña de comunicación... Se ha previsto, en los lugares donde tengamos esa barrera, facilitar el proceso con otras personas o, en todo caso, aprender el quechua para poder entender a la población” (N - PRISMA - ALIANSA - Zelada).

## Cambios alcanzables

Algo que hay que tomar en cuenta con respecto a la población, según refieren los entrevistados, es la posibilidad de cambio que pueda tener. No se puede pedir un cambio de comportamiento que no sea viable o alcanzable por la población.

“... hay que tomar en cuenta [las posibilidades de cambio que tiene la población]. Se decía que la madre gestante coma más de tres platos al día; entonces la realidad era distinta, porque me he ido a un pueblo de buena gana y me invitaron un plato de yuca nada más. Entonces tenía que decirle a la población que la madre coma un plato de yuca más. Tenemos que recoger la realidad, pues podemos decirles que hagan algunos cambios, pero si no tienen las posibilidades no los hacen” (SM - N - Prisma - Crecer Sano - Valencia).

## Recomendaciones y lecciones aprendidas

Según las personas del programa Crecer Sano - ALIANSA entrevistadas:

- El perfil del profesional no solo debe contemplar la formación en promoción de la salud, sino también la posibilidad de acceso a una maestría en Salud Pública. Además, el profesional debe saber trabajar en equipo, tener habilidades de comunicación interpersonal y sensibilidad social, ser capaz de sistematizar las experiencias y conocer la zona de intervención.
- Para lograr acciones más ligadas a la población hace falta que el personal de salud conozca la parte de comunicación y que los comunicadores manejen la de salud.
- La promoción de la salud implica el incremento de la demanda del servicio. Esto involucra tiempo para el personal de salud, que ve saturada la atención cuando los recursos económicos no han aumentado.
- El idioma es una barrera para el trabajo de promoción de la salud cuando el que lo conduce no lo habla. Por ello es importante manejar el idioma o dialecto de la zona o contar con alguien que pueda traducir la conversación, para lograr establecer estrategias comunicacionales adecuadas.
- Las estrategias de cambios de comportamiento deben respetar la dimensión cultural de la población, adecuarla para alcanzar una actitud positiva hacia la salud y negociar los procesos de cambio a partir de sus costumbres.

- Se ha podido definir con mayor claridad los públicos con los que se quiere intervenir para la prevención de la desnutrición, donde ya no solo son los niños los que tienen un rol que cumplir, sino que hay otros actores e instituciones involucrados.
- Una lección aprendida del proyecto ALIANSA es construir la experiencia a partir de lo que se tenga en el nivel local. Eso ha permitido elaborar estrategias de acuerdo a lo que hay en cada zona y, de esta manera, encontrar menos resistencias.
- Se requiere establecer mejores estrategias para comprometer a los agentes de desarrollo, a los líderes, hacia el tema de la seguridad alimentaria, porque por lo general sus prioridades y sus tiempos están encaminados a otras actividades, y si se interesan solo le dan importancia a aquellos programas o actividades que pueden ser tangibles, medidos físicamente.

## 6. Movimiento Manuela Ramos: REPROSALUD

### Justificación del proyecto

Las mujeres en edad fértil constituyen el 25% de la población total y el 49% de la población femenina del país. En los últimos seis años, los descensos de fecundidad más importantes han tenido lugar entre las mujeres de 20 a 24 años y en las de 40 a 44. Sin embargo, se observan cambios significativos en el grupo de las que tienen entre 15 y 19 años, el más joven y el de mayor riesgo.

Este proyecto surgió para contribuir a mejorar la salud reproductiva de las mujeres de las zonas rurales y periurbanas de los lugares más pobres del país e incrementar la demanda y la utilización de los servicios de salud. Para ello, se pensó en informar y educar a las mujeres para que puedan manejar su salud y su cuerpo, demandar y acceder a los servicios de salud.

### Objetivos y estrategias institucionales

El proyecto REPROSALUD, que funciona bajo la dirección del Movimiento Manuela Ramos, está dirigido a mujeres de zonas rurales, en nueve regiones del país. Su objetivo principal es el fortalecimiento de las capacidades de diálogo y negociación de las mujeres organizadas con los servicios de salud. Se busca que ellas se constituyan en activas defensoras de sus derechos sexuales y reproductivos.

Entre los objetivos que busca el proyecto está el de incrementar la demanda de los servicios de salud a través del liderazgo del grupo objetivo, es decir: que las mujeres, como consecuencia del aprendizaje y el conocimiento de su cuerpo, puedan exigir un mejor trato de atención en los centros de salud. Otro de los objetivos es buscar el

punto de encuentro entre la comunidad y el establecimiento de salud y, desde allí, elaborar estrategias que busquen satisfacer a ambos sectores.

REPROSALUD utilizó como estrategia inicial la realización de autodiagnósticos mediante sociodramas, considerando la problemática de la zona o región. El autodiagnóstico es una de las principales fuentes de información, desde donde se plantean inquietudes, problemas, percepciones y miradas de las mujeres acerca de su salud. El autodiagnóstico se convirtió en una intervención fundamental porque permitió a las mujeres reflexionar sobre su situación personal de salud. A través de esa información, el proyecto se enriqueció con las experiencias en los usos y costumbres de la población objetivo, que sirvieron de insumo para la producción de materiales educativos.

Para trabajar el diagnóstico de salud se utiliza un rotafolio (rollo de láminas hecho en tela con gráficos) en tres o cuatro sesiones. Los problemas se discuten en pequeños grupos de acuerdo a la edad y al interés de cada una, y los comentarios son grabados. Se utilizan láminas diferenciadas, tanto para la costa, sierra y selva, y las mujeres de estas zonas determinan, a través de la lectura y la discusión, cuáles son sus inquietudes y posibles salidas.

El material educativo es el resultado de una validación con las mujeres y refleja el contexto sociocultural de la población. Se trabaja con talleres de capacitación (regional y sub-regional).

En el año 1999 se planificó trabajar con 195 comités de base, los cuales contaban con abundante información. Se propuso una serie de investigaciones complementarias como atención del parto, género y servicios de salud desde la perspectiva de las mujeres como usuarias.

“Ha habido reuniones regionales y reuniones nacionales, donde se tratan los temas a profundidad. Nos ha llegado a cada región información fresca sobre los temas que manejábamos... [Dicha información] ha hecho que seamos unas convencidas de que la perspectiva de género tiene que estar en el trabajo, en todas las acciones que hacemos. Creo que de todas maneras implica compromiso, capacitación y una voluntad permanente de estar en los lugares con las mujeres” (Manuela Ramos -Reprosalud - Angulo).

El proyecto, a través de la capacitación, desarrolla procesos de aprendizaje sobre determinados temas. Esta capacitación tiene un primer módulo básico y los temas son los roles sobre el aparato reproductivo y la planificación familiar.

En esta labor educativa se aplican evaluaciones de entrada y salida con el fin de comparar los avances con respecto a la situación inicial. Se trabaja por etapas y cada una de ellas tiene una parte de motivación, otra de recojo de información sobre un problema determinado y, por último, la presentación del contenido al que las mujeres

desean acceder y que viene a ser el conocimiento nuevo. Con ello se busca lograr un conocimiento integrado que se adquiere desde las prácticas de las mujeres (su manera de pensar, de sentir) y que es aplicable a su realidad.

“... se hizo una metodología participativa. Creo que la metodología de la participación de la mujer ha sido muy interesante. Nos permite conocer qué es lo que ellas captaban, qué les gustaba o no, qué se identificaba con ellas y qué no” (Manuela Ramos - Reprosalud - Janet Espinoza).

Luego de este trabajo se establecen los compromisos. El primero es de captación y de selección de las mujeres dispuestas a compartir lo aprendido con alguien que no está participando en la capacitación. El segundo consiste en las prácticas saludables, donde la mujer se compromete a dejar prácticas no saludables por aquellas que pueden beneficiar su salud.

Todos estos temas tienen el complemento educativo a través de folletos, los que se distribuyen en módulos que se adaptan de acuerdo a las nueve regiones en las que el proyecto interviene.

El proyecto tenía que responder a cuatro principios: a) la perspectiva de género, b) la participación comunitaria, c) la flexibilidad en cuanto a la adecuación cultural y d) la sostenibilidad.

Esto quiere decir que se tiene que partir por conocer cuáles son las relaciones de género entre hombres y mujeres en cada lugar y cómo cambiar o modificar buscando la equidad. En cuanto a la participación comunitaria, esta tiene que ver con que el público objetivo —en este caso las mujeres— sea partícipe de las acciones que el proyecto realiza. La flexibilidad se entiende por la adecuación del proyecto a todas las culturas particulares de cada región. La sostenibilidad, por último, supone buscar que las intervenciones tengan continuidad después del término de ejecución del proyecto.

“Creo que desde el proyecto sí podemos lograr los cambios porque nuestro trabajo no es de consejería. No vamos y le decimos a la gente “tienes que cambiar”. Lo que hacemos es una reflexión acerca de lo que es bueno para ellas y qué sería lo mejor. Ellas deciden y sienten que no somos quienes deciden ni que tienen que obedecernos a nosotros. Finalmente, qué tenemos nosotros de más para que decidamos sobre sus vidas; en cambio ellas sí, con la reflexión, deciden qué es lo mejor para ellas y cambian” (Manuela Ramos - Reprosalud - Angulo).

El proyecto entra a otra etapa en la cual enmarcará su estrategia comunicativa a través de los medios de comunicación (radio). El formato de radionovelas o dramati-

zaciones por la radio es una estrategia que quiere recrear la información de los temas de salud sexual y reproductiva que ya se han venido trabajando a través de los talleres presenciales.

Este cambio es sustancial para el proyecto, pues del proceso educativo se pasa a un proceso de comunicación masiva y de refuerzo, donde también estarán involucradas mujeres de otras zonas.

## Resultados y lecciones aprendidas

- El proyecto responde a cuatro principios: la perspectiva de género, la participación comunitaria, la flexibilidad y la sostenibilidad.
- El autodiagnóstico es una de las principales formas para recoger las miradas de las mujeres acerca de lo que es su salud, sus problemas y percepciones. Con el autodiagnóstico también han podido reforzar su relación con el establecimiento de salud.
- REPOSALUD logra hacer operativa una intervención desde una perspectiva de género. Además, es un proyecto participativo, es decir: desde el comienzo las mujeres son actores que determinan cuál es el problema más importante y la forma como deben resolverlo y, entonces, ejecutan las acciones necesarias; incluso manejan los presupuestos. Luego evalúan la experiencia y vuelven a desarrollar el proceso elaborando una nueva intervención.
- En la búsqueda de un personal que responda a las necesidades del proyecto se partió de acciones de capacitación. Los que obtuvieron mejores calificaciones y tenían facilidad para llegar al grupo objetivo fueron los seleccionados. En el caso de las promotoras, también se evaluó que fueran personas con sensibilidad social, que fueran reconocidas en la región y hablaran el idioma.
- Una de las cosas que sostiene a las acciones es el manejo de la información para lograr alcanzar mejor los objetivos de promoción y defensa de sus derechos frente al Estado, frente al Ministerio de Salud. Es importante, entonces, que las mujeres aprendan a negociar y salir en defensa de sus propósitos.
- El problema de la accesibilidad para las mujeres lo constituyen los esposos, quienes muchas veces impiden que ellas participen. Entonces hay que involucrarlos, sensibilizarlos y convencerlos de que es importante apoyar a su pareja en las decisiones de salud reproductiva.
- Las mujeres actualmente atienden mejor su salud, acuden a los servicios y negocian con el sector salud, no solamente para que los servicios de salud las atiendan como ellas quieren, sino también para que la salud sea una acción compartida con ellas.

- El impedimento más fuerte (en el tema de la promoción) es justamente no creer en la capacidad de las personas para el cambio. Eso hace que, por más profesionales que sean y por más habilidades y conocimientos que tengan, no puedan llegar a la gente. Se necesita mirar a las mujeres como pares, como iguales. Pero si se va con la idea de que ellas nunca saben, eso genera un prejuicio y plantea una barrera.
- La gente debe tomar parte directa en el cuidado de su salud y hacer uso de los servicios de salud.
- Lo más importante que se ha hecho es conseguir que las mujeres reconozcan sus derechos y cómo debe ser un servicio de calidad en salud.
- Una de las lecciones aprendidas es que un proyecto no debe trabajar sin tomar en cuenta las necesidades reales de las personas objetivo, de las beneficiarias, de los usuarios. Se debe partir escuchando lo que dicen, lo que sienten, qué creen que necesitan, y sobre esto respetar su derecho a tomar decisiones propias.
- Otra lección es que se deben respetar las costumbres de la gente, porque no se tiene la seguridad de que nuestra interpretación sea necesariamente la correcta.
- Se ha valorado el trabajo con mensajes educativos a través de los medios masivos; lo que se busca es fortalecer la acción de las promotoras, porque a través de programas radiales se difundiría la misma información, recreando los contenidos.
- En torno al Ministerio de Salud, el excesivo cambio de personal impide la coordinación y la relación con personas que ya estaban entendiendo el proceso.

## 7. CARE: Proyecto Multisectorial de Población (PMP)

### Justificación del proyecto

El PMP viene trabajando el fortalecimiento y la expansión de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva del Ministerio de Salud. Sus acciones se han centrado en la capacitación de los proveedores del MINSA para entregar servicios más preparados para una mejor atención. Dicha capacitación debe permitir incidir, a su vez, en voluntarios de las comunidades sobre los temas planificación familiar, métodos anticonceptivos y salud materna y, además, efectuar referencias a los establecimientos de salud, entre otras acciones.

Uno de los objetivos del proyecto fue contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materno infantil, así como el número de embarazos (número de hijos por familia) en el ámbito de intervención.

El diseño de este proyecto parte del nivel central (CARE-Lima) y fue propuesto a las regiones de salud. Se realizó un diagnóstico situacional de salud y salud reproductiva en todas las áreas de intervención del proyecto; producto de este diagnóstico y

producto de la línea de base surgió la propuesta del proyecto que se socializó con el Ministerio de Salud.

CARE viene trabajando con el Ministerio de Salud, y las diferentes actividades que desarrollan se ejecutan a través de este ente rector.

## Concepción y estrategias de promoción y comunicación para la salud

El proyecto planteó como estrategias básicamente la capacitación y las diferentes técnicas para población rural, como son los sociodramas y las entrevistas o charlas. Mencionan también los entrevistados que para el diseño de las estrategias partieron de aquellas condicionantes que existían en las familias de las comunidades de la región en donde se aplicaron entrevistas y grupos focales. El diseño de las estrategias de comunicación fue realizado por el personal de salud, constituido por médicos, obstetrices y enfermeras, quienes conocían el idioma quechua y la idiosincrasia de la población.

Si bien es cierto que el personal de salud cuenta con un gran entusiasmo y la motivación suficiente para emitir mensajes a la población conociendo sus aspectos culturales, existe un vacío comunicacional que no se plantea en el diseño de las estrategias del proyecto; esto se debe a la falta de comunicadores que llenen esos espacios.

Las estrategias del proyecto se elaboraron en un taller a nivel nacional con todos los equipos de Proyecto Multisectorial de Población. Cada equipo llevó un diagnóstico situacional de salud de su región, con indicadores que sirvieron para el diseño de las estrategias de intervención.

Las estrategias de IEC, la capacitación y el desarrollo comunitario fueron los tres componentes básicos en las intervenciones del proyecto.

Al inicio de las intervenciones, el equipo del proyecto encontró barreras de acceso —de tipo religioso cultural o económico— a la población. Las estrategias para llegar a la población fueron puliéndose en el camino de dichas intervenciones, logrando sensibilizar a la población y al Ministerio de Salud, que al comienzo del proyecto se mostraba lejano al tema de planificación familiar.

“Una de las dificultades más grandes fue el aspecto religioso, por una parte, cuando se hacían las capacitaciones a nivel del Ministerio de Salud, y la otra venía por parte de una religiosa de la región que hacía la contra-campaña... entonces el trabajo se hacía mucho más difícil porque llegaba el Ministerio a sensibilizar a cierta comunidad y de inmediato tenías a la religiosa hablando con la población” (CARE/Ayacucho- E. Romaní).

El Perú es un país ancestralmente religioso —lo podemos ver en los hallazgos históricos de todo su legado cultural— y el actual poblador andino se encuentra in-

merso dentro de una yuxtaposición cultural y religiosa. Por ello, las estrategias de promoción de la salud tienen que tomar en cuenta los aspectos culturales y religiosos de la población.

El proyecto se centra en las capacitaciones dirigidas al personal del Ministerio de Salud, es decir, apoya al fortalecimiento del Ministerio para la realización de ciertas actividades donde el proyecto interviene. Por otro lado, tenemos que la población ha participado directamente mediante talleres que se dieron en las comunidades.

Puede asumirse como un logro del proyecto el cambio de actitud de la población referente al conocimiento de su cuerpo y el reconocimiento de sus limitaciones económicas para poder afrontar la vida. En este sentido, al inicio del programa el promedio de hijos por mujer era de siete a ocho, y hoy se puede hablar de un promedio de cuatro a cinco hijos por mujer. Esto demuestra que ha habido un cierto cambio de actitud frente a la vida, así como un acceso al servicio de salud reproductiva.

### Lecciones aprendidas

- Se debe partir del liderazgo del equipo de trabajo del Ministerio de Salud. La política de rotación de su personal cambia la perspectiva del proyecto, el cual tiene que trabajar con el comité de la población o los promotores de salud, quienes deben liderar en temas que atañen a su salud. Para realizar un trabajo de promoción es básico conocer el idioma de la región.
- El comunicador social debe tener una amplia visión de todo el poder que tienen los medios de comunicación, no solamente los masivos sino también los interpersonales.
- La formación que imparten las universidades se refleja mediante una visión que no entrelaza la teoría con la realidad.
- Una de las fortalezas de los comunicadores es el conocimiento de las metodologías y la interacción con el público.
- La mayor carencia del personal es priorizar la atención clínica, en lugar de la promoción de la salud. Además, el aumento de pacientes ha saturado al personal de salud, que no le deja tiempo para hacer promoción.
- Algo que conoce el Ministerio de Salud es que, a diferencia de otras ONG o instituciones, CARE ha trabajado como un verdadero socio con el MINSA.
- Hay un mayor acceso a los servicios de salud que al inicio del proyecto, ya que existía temor por parte de la población.
- El cambio del Ministerio de Salud, de privilegiar la atención hacia promover estrategias que abordan la promoción de la salud, es positivo. Se involucra a la misma población a través de promotores, de agentes comunitarios, quienes son los que articulan la comunidad con el establecimiento de salud.



- La calidez de la atención es importante, y esta debe partir de las propias necesidades de la paciente.

## Conclusiones

- Se debe tener en cuenta al público y al entorno familiar, y es el líder quien influye finalmente en la conducta de ese público.
- La rotación constante del personal de salud repercute en las estrategias de promoción de la salud, porque se pierde un personal que aprendió a relacionarse con la población de ese lugar, que manejaba los problemas de salud de la zona y la conocía.
- Los consultores son especialistas extranjeros; deben ser complementados con especialistas locales para no perder de vista las características particulares de la población a la hora de diseñar las estrategias de promoción.
- La participación de la población a partir de la motivación de los agentes comunitarios, ha permitido una mejor vigilancia y seguimiento a la salud de la población.
- Persiste una visión instrumental del comunicador social, limitado a la elaboración de medios y a la difusión de mensajes. No lo perciben como estratega o planificador que aporta desde su visión comunicacional al entendimiento de los procesos culturales, para luego elaborar estrategias que permitan cambios de comportamiento más efectivos sin provocar mayores fragmentaciones culturales con la población.
- La planificación de políticas de salud debe partir del nivel local para que no haya luego un desencuentro con lo diseñado por el nivel central.
- Las acciones de promoción de la salud han provocado un incremento en la demanda de servicios de salud. Si bien esto es positivo, el problema radica en que la capacidad para atender a los pacientes sigue siendo la misma y con los mismos recursos de antes. Asimismo, el personal de salud se ve impedido de realizar más trabajos de promoción por la saturación de pacientes.
- La promoción de la salud no debe ser asumida solo por el Ministerio de Salud sino que debe ser complementaria con otros sectores e involucrar a otros actores sociales y líderes locales para que la acción sea sostenible.
- Las estrategias de cambio de comportamiento afectan la dimensión cultural de la población cuando se tornan rígidas y no entran en un proceso de negociación que involucre a ambas partes.

## 8. Visión desde los promotores de salud. La promoción y la comunicación

Las entrevistas realizadas a los promotores de salud en las regiones de Ayacucho y San Martín muestran que la participación de agentes comunitarios valida la interven-

ción de los proyectos y de las acciones programáticas del personal de salud en las comunidades. Los promotores son elegidos y otorgan la credibilidad suficiente después de un largo proceso de confianza y acercamiento a su realidad. Además, este enfoque de la promoción presenta la opción de no esperar por los pacientes en el establecimiento de salud, sino hacer que el personal se involucre en los espacios cotidianos y atienda las necesidades e inquietudes de las personas, despertando la necesidad de autocuidado. Al nivel comunitario, se busca la organización de la comunidad en co-participación con sus autoridades para preservar el bienestar de todos. El promotor de la salud es una especie de bisagra entre los proyectos y los servicios de la comunidad.

## Objetivos y estrategias institucionales

### *Percepción de los objetivos de los proyectos y programas de salud*

Los objetivos de los programas de salud integral (definidos por los promotores como planificación familiar, salud materna perinatal y salud sexual y reproductiva) son contemplados en los marcos de desarrollo de la comunidad y mejoramiento de la calidad de vida, que se expresan en la disminución de las muertes y enfermedades maternas e infantiles. Los proyectos de salud asumen los objetivos de buscar información y difundir los derechos y deberes, tanto de la mujer como de la pareja, para que ambos tomen conciencia de la libertad que tienen para formar una familia según el número de hijos que quieren tener en un tiempo determinado.

“Otro de los objetivos es que la pareja tenga la capacidad libre de decidir sobre la familia, el número de hijos que va a tener en el tiempo que ellos lo decidan y regular su fecundidad” (Huamanga).

Es importante resaltar que no todos los promotores definen con claridad los objetivos de los programas, pero sí son conscientes del rol que tienen que llevar a cabo en la comunidad, y ello se desliga de las estrategias y actividades que abordan para transmitir los mensajes de salud.

### *Las estrategias de salud*

Las instituciones que trabajan en salud, como CARE Perú y Manuela Ramos, han establecido entre sus estrategias la realización de acciones de capacitación, en las cuales se selecciona a las personas de la misma comunidad beneficiada para que sean promotores o agentes comunitarios, a fin de que realicen réplicas en comunidades más alejadas. Se han establecido redes de comunicación y coordinación entre estos

promotores y las facilitadoras (obstetrices y enfermeras de establecimientos de salud) para abordar situaciones de emergencia, suministrar materiales de trabajo o realizar reuniones informativas y charlas de reforzamiento.

“Nosotros hemos recibido las capacitaciones primeramente, y con esas capacitaciones les enseñamos a la gente, incentivamos y sensibilizamos” (Ayacucho)

“La comunicación es estrecha entre la comunidad, el establecimiento de salud y sobre todo la población general. Es decir, la comunicación nos ha ayudado a tener una relación más directa con todo eso, tanto con proyectos, el Ministerio de Salud y nuestro centro de trabajo” (Pza. Quinua).

En las capacitaciones se les enseñó a los promotores el diseño y la aplicación de técnicas participativas (sociodramas y talleres), la distribución y el seguimiento de las zonas de intervención por responsable (construcción de mapas con las localizaciones del público objetivo por programa), la convocatoria e identificación con la comunidad y la autoevaluación de sus charlas a través de encuestas para medir el alcance de sus mensajes y el grado de concientización que logran con ello.

Para lograr el acercamiento y la aceptación del promotor en las comunidades se recurrió al fortalecimiento de las relaciones interpersonales mediante la identificación de los pobladores con el promotor (los promotores eran personas que representaban a sus comunidades, pues conocían mejor la realidad de su zona). Para ello, se realizaron visitas domiciliarias con el fin de estrechar los lazos de confidencialidad y confianza. A este grado de identificación debía acompañar el respeto por la cultura de la comunidad a intervenir. Así, el proceso de cambio no solo corregiría las conductas no saludables sino que revaloraría aquellas costumbres sanas representadas en la vida cotidiana.

El seguimiento del desempeño de los promotores es otra de las estrategias planteadas para atender sus necesidades y dudas en forma periódica y en situaciones de riesgo. A pesar de las dificultades geográficas, la iniciativa de los promotores por comunicarse y asistir a su comunidad con los beneficios del centro de salud ha logrado que se promueva la participación comunitaria para superar dichas brechas, que en una primera instancia fueron culturales.

## Perfil profesional

Si bien los promotores ya estaban informados y capacitados para afrontar los problemas de salud por la falta de prevención en las comunidades, la eficacia del programa o proyecto dependía de su desenvolvimiento y su habilidad para acoplarse a las costumbres y creencias de su público, a fin de lograr la aceptación y producir un

cambio en sus actitudes a favor de la salud. El primer paso que daban para acercarse a la población era presentarse con las autoridades locales para informar de la labor que iban a desempeñar y solicitar su apoyo en las actividades de promoción; luego convocaban a los pobladores para informarles y educarlos sobre los derechos, tanto del hombre como de la mujer, y sobre las ETS, el SIDA, la planificación familiar, la sexualidad y la reproducción. Pero, previamente, armaban sus temas y las técnicas que utilizarían en las charlas comunitarias.

“Porque antes de salir a capacitar a una comunidad siempre nos reunimos para hacer nuestro plan de trabajo, nuestro cronograma de actividades y la metodología que vamos a utilizar. Nos preparamos antes para salir a capacitar” (Huamanga)

Reconocen que al principio fue sumamente difícil hablar de esos temas a las mujeres porque les ocasionaba vergüenza comentar públicamente o tenían temor a la censura del esposo. Por otro lado, trasladar los mensajes a un término sencillo e ilustrativo para su asimilación implicaba que hicieran uso de sociodramas, láminas, folletos y juegos educativos. La técnica de mayor aceptación y entendimiento fue la de los sociodramas, cuyos temas eran elaborados por los propios participantes según su realidad, de modo que ellos podían reflexionar sobre su situación y la manera de mejorarla con la ayuda del promotor.

“... con lo que es salud reproductiva estamos utilizando sociodramas, visitas domiciliarias, charlas, intervención intradomiliaria. Lo que tiene mayor impacto son los sociodramas” (Carmen Alto)

### *Percepciones sobre la relación con la población*

Los promotores coinciden en que el estudio previo de las necesidades, creencias y actitudes que tiene la población objetivo sobre salud debe ser una prioridad en cualquier intervención comunitaria.

Para superar las brechas culturales no basta con capacitar a los promotores sino que debe haber una convivencia diaria con la comunidad para involucrarse y conocer de cerca sus problemas, creencias, valores y necesidades pues, como ellos lo manifiestan, cada comunidad o zona de una región es diferente.

Los promotores afirman que, al dar las charlas educativas en las comunidades, los pobladores optaban por una actitud defensiva y rechazaban los mensajes poniendo en duda su veracidad, pues ignoraban o no comprendían los temas. Esta reacción era producto de la conmoción cultural que estaban experimentando, pues lo que ya sabían o creían conocer por medio de sus ancestros se convertía en una barrera para la

comprensión de nuevos mensajes que estaban dirigidos a mejorar las condiciones de vida en la que se encontraban —especialmente las mujeres—.

Pero, sobre todo, el primer acercamiento con la población presentaba obstáculos de nivel personal; es decir, cuestionaban la credibilidad del promotor y su vida privada, al punto de considerar que esa información solo incrementaría la infidelidad y el libertinaje (comentario muchas veces vertido por los esposos como consecuencia del machismo imperante en las comunidades rurales).

“Anteriormente era difícil, dábamos charlas y [ellos] nos decían: no sabemos, tú estas cuidándote con ese método [para estar] con otro y con otro...”

“... para las señoras de edad que acudían a los talleres... mostrarles sus órganos genitales era algo horroroso, que nunca habían visto; era un tabú. Nunca les permitían ver sus partes genitales ni las del hombre” (Ayacucho)

El proceso para el cambio de comportamientos es largo y por etapas, según lo han comprobado en el campo los promotores. Primero hallaron rechazo, pero tras una intervención continua, con charlas y seguimiento domiciliario, lograron que la gente reconozca su problema de salud y busque afrontarlo a partir de su disposición para recibir la orientación del promotor. Aunque el éxito no es total, porque siempre hay grupos que no muestran avances o mantienen una posición de rechazo, sí se hallan logros suficientes como para continuar adelante con la metodología de promoción en salud y seguir transmitiéndola a otras comunidades a las que falta llegar.

### *Perfil actual*

El promotor de salud tiene como primera ventaja manejar el idioma de la zona y conocer más de cerca su realidad, además de dar testimonio de vida sobre los cambios favorables que encuentra al informarse correctamente sobre cómo cuidar mejor su salud a partir de su participación en la capacitación. Esto influyó en la rápida identificación del poblador con el promotor y en la construcción de una relación de comunicación horizontal y confiable, la cual era difícil de entablar entre la comunidad y el centro de salud. Esta situación hace imprescindible la mediación del promotor entre la comunidad y el establecimiento de salud.

“... lo más importante es que estos agentes comunitarios están identificados con su comunidad y lo han logrado de tal manera que la comunidad confía en ellos y los identifica como un miembro más de salud” (Huamanga)

“Las adolescentes, mayormente, tienen confianza con nosotras [las promotoras] y no se vienen de frente a la posta. Vienen a nosotras como a su mamá, y a nosotras nos consultan, nos hablan.”

Entre las carencias está el factor tiempo de los promotores, sobre todo las mujeres, quienes en su mayoría son madres de familia. Muchas han tenido que compartir el rol de madre con su labor social. Este factor causó en algunas ocasiones la deserción de promotoras por la presión en el hogar.

### *Perfil ideal*

Para que un promotor de salud tenga habilidades comunicativas, los entrevistados reconocieron como un requisito primordial manejar el idioma de la comunidad a intervenir, pues consideran que uno de los obstáculos para llegar a la población de una manera acertada es que no se utiliza un mismo código. El manejo del idioma se complementa con la facilidad para relacionarse con las autoridades y la comunidad. Para ello, debe manejar técnicas participativas y poseer un buen carisma. Se menciona que la capacitación puede ser un medio valioso para actualizar y preparar al promotor con conocimientos e instrumentos que le permitan abordar adecuadamente un tipo de público que presenta un grado de dificultad como es, en este caso, el aspecto cultural.

### *Población objetivo*

#### *Accesibilidad*

La comunidad en general no solo encuentra dificultades geográficas o económicas para acudir al centro de salud de manera preventiva o realizar un mejor cuidado de la salud sino que su acceso, en su mayoría, está limitado por brechas culturales existentes.

Entre las que se mencionan como predominantes en las comunidades están el machismo de los esposos y de algunas esposas —como respuesta de aceptación y conformismo a los patrones culturales por cuestiones de seguridad y reafirmación social—. Esta limitación coloca a la mujer en condiciones nocivas para su salud, como las de no decidir en pareja con equidad sobre el número de hijos que quiere tener, no espaciar los embarazos y no recibir orientación médica oportuna.

En el nivel del público adulto, los esposos suelen tomar las decisiones que consideran son más convenientes para sus mujeres, preservando “la dignidad de su mujer” y la fidelidad pues consideran que “la esposa que se cuida se va a ir con

otro hombre”. Además, no aceptaban la idea de que ellas fueran “tocadas por otros hombres”, aludiendo a los médicos que deben chequearlas para conocer su estado de salud.

En el caso de las mujeres, el temor a adquirir alguna enfermedad mortal o tener repercusiones en el embarazo como consecuencia de usar los métodos anticonceptivos, o el miedo a contradecir las advertencias de las sectas religiosas a las que pertenecen —en algunos casos— por considerarlos antinaturales y abortivos, se convirtieron en las principales barreras para rechazar la ayuda de los promotores de salud. Incluso ciertos hábitos detectados, como los lavados vaginales para prevenir los embarazos o la desconfianza en los centros de salud para atenderse durante un parto, fueron casos para excluirse de los beneficios que otorgan los centros de salud.

“En la medida que se iba concientizando a las mamás, se les iba hablando de planificación familiar; ya empezaban a cuidarse, aunque unas con miedo porque pensaban que les iba a dar cáncer, que les iba a hacer mal, que con las píldoras iban a nacer hijos gemelos...”

Otra de las barreras es el factor económico, pues las mujeres tienen la creencia de que atenderse en el centro de salud implica un alto costo, y para evitar eso prefieren sanarse con medicamentos caseros que se recomiendan entre uno y otro poblador.

En el caso de los jóvenes, la difusión incorrecta de la información sobre el SIDA puede provocar en ellos pánico, a tal punto de desconfiar de establecimientos de salud como el servicio odontológico, por considerarse un foco potencial para la transmisión del VIH. Pero esta situación está siendo abordada por los promotores, quienes tratan de revertirla concientizando con responsabilidad y no con miedo.

“Por ejemplo, los chicos nos dicen que tiene sus enamoradas, y dicen: qué tal si mi enamorada ha sido así... Nosotros les decimos que vayan al centro de salud, que se saquen un análisis y así salen de dudas. Y a veces los jóvenes tienen miedo hasta de sacarse los dientes, porque dicen les puede agarrar el SIDA”.

### *Participación en el programa o proyecto*

El proceso de participación comunitaria en las zonas de intervención de los programas de salud es lento, pero ante la necesidad de mediadores se dio el primer paso con la selección de algunos pobladores como promotores. La responsabilidad de contagiar este compromiso social y despertar la participación en sus comunidades recayó en los promotores, por ser el testimonio vivo de que las respuestas a sus necesidades deben empezar por la organización y la cooperación comunales.

Un caso son los comités de agentes de salud, quienes se organizan con los vecinos de la comunidad para responder ante una situación de emergencia, planteando soluciones alternas: por ejemplo, en una comunidad aislada por los desastres geográficos, los pobladores trasladan a sus enfermos y a las mujeres con síntomas de parto en camillas rudimentarias a modo de ambulancias.

Para comprobar los cambios en la población se encuentra la valoración que se le está dando a las mujeres a partir de su participación en las decisiones y los cargos de los comités de salud que la comunidad organiza para velar por el bienestar de sus todos vecinos.

“[La población] tiene su comité y hay mujeres que lideran. Nuestras promotoras son presidentas de la comunidad. Antes generalmente las tenían recluidas, relegadas, pero ahora no; ha cambiado” (Huamanga)

### *Cambios a partir del programa o proyecto*

Se reconocen los cambios en la población porque disminuyó el rechazo y se incrementó el diálogo con aquellos que se mostraban más reacios al programa, como los hombres, quienes están acompañando a sus mujeres a las charlas de capacitación y se muestran más tolerantes de que ellas se hagan un control médico periódico.

La desconfianza inicial a los promotores y a los servicios de salud disminuyó según se mostraban las ventajas de realizar una consulta médica o de aceptar las visitas domiciliarias para hacer un seguimiento de su salud (es el caso de las madres gestantes, los niños menores de cinco años y las personas que aceptaron el uso de métodos anticonceptivos). Pero no solo hay aceptación sino también iniciativa de la misma población para realizar consultas a las promotoras sobre un tema cualquiera. Se busca el contacto con ellas y sus consejos antes de tomar decisiones, y en el caso de necesitar atención médica, las promotoras son reconocidas como el nexo oficial para que las personas sean derivadas al centro de salud.

“... el machismo ha disminuido, porque había hombres que no querían que sus mujeres se vayan a hacer un examen médico o vayan a reuniones... El hombre ha tomado conciencia de cuán importante es que las mujeres aprendan y sepan conservar y cuidar su cuerpo y su salud”

“La gente misma ahora identifica sus problemas... No es necesario que uno vaya y diga: hagamos esto, sino que ellos ya tienen una iniciativa, ya saben identificar, pueden sugerir u opinar, participar, decidir en algunas situaciones...”



## Resultados

- Se logró orientar a los esposos sobre las ventajas que adquirirían sus esposas al recibir ayuda médica y sobre la responsabilidad con su pareja de continuar con el tratamiento. Para ello, se les informó sobre el respeto y la valoración, que son facultades inherentes al ser humano. Se resaltaron la igualdad de la mujer con el varón y las condiciones de riesgo que ellas tienen al ser madres en zonas rurales donde no existe una asistencia médica continua, principalmente por los accidentes geográficos y la escasez de insumos.
- En correspondencia con los objetivos institucionales, se logró disminuir el número de embarazos, medido por el seguimiento a través de las visitas domiciliarias. A su vez, el espaciamiento entre uno y otro embarazo se prolonga. Otro indicador para las promotoras es el agotamiento de métodos anticonceptivos en los centros de salud, pues los más usados por las mujeres son las tabletas y las inyecciones. Además, el número de asistencia de personas a las charlas se mantiene en la actualidad.
- Otro logro es el reconocimiento de la labor del promotor, tanto por parte de la comunidad como del establecimiento de salud, labor que es retribuida con la confianza y el respeto, pues su mediación se hace necesaria para llevar al campo los conocimientos y las medidas preventivas para mantener y mejorar la calidad de vida de las personas.
- El promotor de salud activo debe estar en constante capacitación y recibir bibliografía para poder manejar situaciones inesperadas en las charlas comunitarias, mas estas demandas no son atendidas y se convierten en trabas para el curso normal del programa. La falta de insumos para cubrir la demanda de los usuarios de los métodos anticonceptivos ocasiona interrupciones y retardos en la contabilidad de los días de infertilidad (artificial). Esta dificultad en el abastecimiento se debe a la falta de coordinación en el nivel administrativo.
- Otra de las dificultades expresadas por los promotores es la falta de materiales educativos e informativos para los participantes. Se menciona, también, que el distanciamiento entre una comunidad y otra se convierte en un sacrificio diario para el promotor en su afán de cumplir con su responsabilidad.
- En el lado de los usuarios y la comunidad en general, las trabas son dadas por la falta de un horario disponible para las charlas de capacitación que coincida con el de la población, cuya asistencia esta condicionada a las horas de trabajo.
- Son escasas las opiniones de los promotores sobre el tipo de relaciones que entablan con el establecimiento de salud de su zona. Hay muy poca iniciativa de intercambiar las experiencias acumuladas entre uno y otro centro de salud a modo de

acoger sus aciertos y desaciertos en el campo de la promoción, lo cual les permita reevaluar sus metodologías y estrategias de intervención.

- Los entrevistados reconocen la gran importancia de las instituciones cooperantes para el desarrollo de proyectos y programas en el ámbito de la salud, del contacto que mantienen con los promotores y facilitadores en las capacitaciones y del seguimiento respectivo de sus actividades. No dejan de mencionar que dichas coordinaciones se entablan con representatividad del Ministerio de Salud para complementar su labor en la atención y la promoción de la salud.
- Los promotores también entablan relaciones de nivel local con las autoridades de la comunidad donde se va a intervenir, las cuales son informadas e involucradas en esta tarea social que debe beneficiar a toda la población sin distinción alguna.
- Para afrontar el problema cultural y sanitario de las comunidades rurales se debió realizar un diagnóstico previo antes de diseñar el plan de trabajo de capacitación y el seguimiento domiciliario.
- Tanto el establecimiento de salud de la zona como la institución cooperante realizan, cada cual por su lado, seguimiento del trabajo de campo realizado por los promotores y miden la eficacia de sus estrategias y actividades basándose en los cambios de la población en los niveles de conocimiento y de actitud. Este tipo de seguimiento favorece la retroalimentación. Pero, en el caso de los establecimientos de salud, no se manifiestan acciones claras para enmendar o corregir acciones de intervención de los promotores.
- Los promotores no distinguen claramente las actividades para realizar una evaluación con resultados de una de impacto, lo cual no descarta la posibilidad de que estas se realicen en la zona con la supervisión de los responsables del programa o proyecto de salud.

## Recomendaciones

- Una necesidad inmediata es llegar a las comunidades más alejadas y empobrecidas de las regiones, por su condición de aislamiento a causa de la inaccesibilidad geográfica y porque no cuentan con un centro de salud. Muchas de estas comunidades tampoco tienen agentes comunitarios porque no se encuentran dentro de los sectores elegidos para la intervención.
- Los entrevistados sugieren considerar la labor del promotor más allá del voluntariado, pues sus esfuerzos merecen ser reconocidos a fin de seguir estimulando su permanencia en el programa de salud. Para ello, plantean el incremento del presupuesto.

## 9. Análisis crítico desde las agencias de cooperación técnica y asistencia académica: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Universidad Johns Hopkins (JHU)

Las acciones de promoción y comunicación son parte de la vida institucional de estas cuatro instituciones que contribuyen en la salud y el bienestar de la población.

La percepción y el análisis desde las entrevistas realizadas a los responsables de los programas coinciden en muchos aspectos, dados su experiencia y sus referentes externos en otros ámbitos del continente. Las propuestas alcanzadas evidencian madurez y amplio conocimiento de lo que se busca en estos dos campos de la salud pública.

Hemos agrupado las respuestas en tres ejes:

1. Promoción y comunicación en salud
2. Estrategias y experiencias
3. Alcances para una propuesta de promoción y comunicación en salud

### Promoción y comunicación en salud

Las cuatro instituciones coinciden en que la promoción difiere de la comunicación en salud. Entienden la comunicación como un componente que contribuye a fortalecer los procesos de la promoción de la salud y de la movilización social y comunitaria a favor de la población más vulnerable. También la entienden como un proceso integral, y la relación promoción-comunicación-salud es entendida desde las conductas de los individuos:

“... debemos ayudar a los individuos y colectividades a valorar su salud y adoptar comportamientos saludables, con información y otras estrategias complementarias. De esta manera se disminuirá la incidencia de ciertas enfermedades, mejorando el recurso humano y usando efectivamente los recursos dedicados a la salud por la sociedad” (USAID - Borneck).

La promoción también es entendida como defensa, y la comunicación como el proceso que moviliza y facilita las relaciones personales e institucionales a favor de la salud.

### Estrategias y experiencias

Los objetivos y las acciones de capacitación o formación de recursos humanos en promoción y comunicación para la salud varían en estas instituciones.

En el caso de OPS, se han desarrollado talleres de comunicación para la salud, tanto en Lima como en diferentes regiones del país. Asimismo, la coordinadora del área es

parte del equipo de capacitación internacional que tiene OPS-Washington para los países de América. Los temas modelo, las estrategias de comunicación en salud y medios de comunicación, portavoces institucionales en salud y estrategias publicitarias para la salud, son parte del paquete temático que este equipo de expertos maneja.

“Los objetivos empezaron hace doce años, pero primero fue meter los temas de la comunicación y salud y de periodismo en salud en las diferentes instancias del país, tratando de propiciar su uso... Lo segundo era propiciar un trabajo con medios masivos, sobre todo con periódicos, para mostrar que había una forma de tratar los temas de salud no solo desde la enfermedad sino más bien desde una ganancia y cosas positivas para las personas. Después hemos pasado por demostrar lo que se podía hacer y luego hemos entrado a capacitar recursos humanos con diversas estrategias” (OPS - Vásquez)

La Universidad Johns Hopkins cuenta con un centro internacional para la promoción y comunicación en salud. Tiene un acuerdo cooperativo con USAID para desarrollar programas en comunicación para la salud en los programas que la agencia apoya en diferentes países.

“Este centro es una organización sin fines de lucro, que tiene un acuerdo cooperativo con USAID a nivel global, es decir... es un brazo técnico de implementación técnica y apoyo financiero a USAID en los campos de la comunicación en salud, la movilización comunitaria, la construcción de procesos de calidad en los servicios y la formación de capacidades nacionales y locales a nivel del país” (JHU - Poppe).

Respecto a UNICEF, el énfasis está puesto en desarrollar capacidades y habilidades en sus contrapartes nacionales y locales (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de la Mujer).

“El proyecto de comunicación está organizado básicamente para desarrollar habilidades en las familias, en las comunidades, en relación a aspectos que tienen que ver con el tema de infancia, adolescencia y mujer. Está organizado, de otro lado, para fortalecer las capacidades comunicacionales a quienes prestan servicios, llámense prestadores de salud, maestros, operadores de justicia, etc. Y hay un tercer elemento que está fundamentalmente ligado a contribuir a cambiar las ópticas de entretenimiento informativo respecto a la infancia”.

USAID, mediante sus programas y proyectos, apoya el desarrollo de acciones de capacitación en promoción y comunicación en diferentes proyectos. Asimismo, interactúa con el MINSA para elaborar políticas y mecanismos de trabajo sobre estos dos temas.

Hay que destacar que estas instituciones han estado y están presentes en los diferentes momentos “comunicacionales” del Ministerio de Salud, y que su acompañamiento ha sido útil y pertinente para generar instancias colectivas respecto a diferentes temas: VIH/SIDA, salud materna, lactancia, entre otros.

## Resultados y lecciones aprendidas

- Han encontrado eco en el sector salud y las instituciones por desarrollar un trabajo multidisciplinario.
- Las experiencias que tiene el MINSA son numerosas, pero la debilidad es que no se institucionalizan los procesos ni los resultados. Cuando termina un proyecto, se produce un vacío o amnesia.
- Trabajar con los medios de comunicación (periodistas, productores y creativos) es un reto interesante para la promoción y comunicación en salud.
- Existe una gran capacidad en los comunicadores, pero les falta sintonizar esa capacidad creativa con los diagnósticos, es decir, relacionar el diagnóstico con las definiciones estratégicas.
- Es positivo que los materiales sean producidos en los niveles locales, dada la cercanía con la realidad sociocultural y los códigos.
- El personal de salud tiene una gran capacidad de trabajo. Quienes han sido ganados por la promoción y la comunicación en salud tienen una actitud distinta y mejor capacidad de diálogo y acercamiento a la población.
- Todavía existe debilidad en el manejo de los marcos teóricos de estos dos campos, como la falta de un enfoque metodológico más adecuado.
- La relación entre comunicación y educación es incipiente. La falta de información sobre las experiencias exitosas es el principal problema.
- Hay debilidad en el proceso de planeamiento estratégico en comunicación.
- También se observan carencias en la formación básica de los profesionales que trabajan en las regiones. Su mejora y su refuerzo son prioritarios.

## Alcances para una propuesta de promoción y comunicación en salud

- Las universidades deben hacer dos cosas: primero, forjar a las personas en competencias y habilidades para resolver aquellos problemas que están matando y que hacen daño a las mujeres y a los niños recién nacidos en el Perú. Eso significa el replanteamiento de los planes de estudio por el lado estrictamente técnico. La otra cosa es dar una nueva mirada intercultural de salud materna, desde una visión de salud pública y social.

- Los ejes de capacitación de los recursos humanos deben ser: a) la comunicación social como instrumento de acción indispensable y como parte de los procesos de promoción de la salud y prevención; b) política de promoción de la salud, donde la comunicación sea la herramienta que va a permitir hacer prevención en situaciones de riesgo y promoción de la salud, definiendo actores, y c) hacer vigilancia social con medios.
- Se deben formar expertos en comunicación en salud, pero que sean una combinación entre salubristas y comunicadores.
- Las facultades de Comunicación están perdiendo iniciativa respecto a incorporar cursos o temas de promoción y comunicación en salud.
- Las acciones del Ministerio de Salud deben estar recorridas transversalmente por la comunicación social.
- Hay profesionales de comunicación en la salud que tienen mucha práctica pero les faltan herramientas pedagógicas y educativas para transmitir su experiencia.
- Se debe construir un mapa de las competencias que debe tener un comunicador en salud. Sin eso no es viable diseñar un plan de estudios.
- Debe estar presente la mirada del desarrollo humano en cualquier propuesta de promoción y comunicación para la salud.
- Los proyectos de inversión han dado muchos recursos para financiar el aprendizaje de profesionales en servicio. Esto no ha funcionado. Por ello, es mejor pensar en los niveles de pregrado.
- Se necesitan personas que manejen comunicación en salud y, a la vez, otras lenguas nativas.
- Los atributos que debe tener un comunicador en salud son: a) capacidad de identificar y seleccionar las “poblaciones objetivo” y sus segmentos; b) capacidad y sensibilidad para indagar, investigar, analizar y entender los valores de la población objetivo, y c) capacidad de trabajar en equipo con profesionales de otras especialidades.
- Es necesario que el comunicador sepa que solo no va a poder cambiar ideas, actitudes ni comportamientos. Si está a cargo de un proyecto, necesita saber de gestión y manejo de recursos humanos y financieros.
- Se deben incorporar materias relevantes en la formación de pregrado, tanto en los aspectos teóricos como prácticos. También se podrían dar cursos profesionales de corto tiempo.

#### Los ‘ruidos comunicacionales’ en salud (síntesis de los últimos cinco años 1995-2000):

- Campañas promovidas por el nivel central del MINSA y las direcciones de salud que no son informadas a los primeros niveles de atención.

- En la mayoría de programas de comunicación se considera público objetivo solamente al público usuario y no al proveedor. Las pocas veces que se piensa en este segundo público es para caracterizarlo como aquel a quien se envían mensajes normativos o directivas y de quien se espera una actuación acorde con esa propuesta “técnica”.
- Ausencia de evaluación de las campañas anuales. Cada año se repiten los mismos contenidos y el conocimiento del efecto de estas campañas es variado e incompleto. La población, a lo largo de varios años, ha estado expuesta a una variedad de mensajes de salud y no siempre estos han sido incorporados para modificaciones o mejoras en su comportamiento.
- Las campañas de salud están basadas solo en la buena voluntad de los medios de comunicación a fin de que difundan gratuitamente los *spots* de radio o televisión, lo que hace que uno esté condicionado a la disposición del medio.
- Las campañas de salud no tienen un correlato de comunicación educativa, lo cual debilita la acción (los mensajes por los medios son rápidos y esporádicos).
- Uso político de las campañas de salud, es decir: se antepone un propósito de ganancia institucional o personal, muchas veces marcado por la coyuntura, sobre el aprendizaje y el bienestar colectivos.
- No considerar los fracasos y éxitos de las campañas realizadas en años anteriores. Ausencia de un sistema de monitoreo con los medios de comunicación.
- Solo se aprovecha el espacio noticioso y el que se da para la difusión de los materiales. Se desperdicia el uso de otros espacios (por ejemplo, los de entretenimiento).
- Momentos de convocatoria política (elecciones) que saturan los espacios en los medios.
- Fechas de movimiento comercial (Día de la Madre, fiestas de Navidad, etc.).
- Los agentes comunitarios no están presentes en los procesos de diseño y producción de materiales.

## VI. LECCIONES APRENDIDAS

De un análisis global del universo de entrevistas realizadas para la elaboración del estudio, podemos resaltar los siguientes aspectos:

- No existen conceptos definidos que diferencien la promoción de la comunicación en salud.
- Encontramos un alto porcentaje en las entrevistas a responsables de la conducción de programas de promoción de la salud que no tiene claridad en los objetivos de

- las diferentes intervenciones que ha liderado. También existe mucha confusión entre objetivos y estrategias (tanto desde las acciones de comunicación como desde las de promoción).
- Existe la tendencia de manejar arbitrariamente los conceptos y relacionarlos con las teorías de las causas de la enfermedad. Esta percepción la recogemos de diferentes actores: funcionarios y autoridades públicas, investigadores, consultores, líderes locales, ejecutores de programas y medios de comunicación.
  - Es pertinente mencionar que los agentes comunitarios y el personal de salud de los primeros niveles de atención son más concretos en la medida que su práctica los lleva a mostrar resultados específicos.
  - Cuando se analiza la evidencia empírica de los actores locales sobre las percepciones que existen respecto a la promoción y comunicación en salud, se comprueba la alta expectativa que tienen —tanto el personal de salud y los agentes comunitarios como los promotores de las ONG o de las iglesias— en desarrollar con efectividad sus estrategias de promoción, educación o comunicación en salud. Parte de esta expectativa está sustentada, en la mayoría de casos, por el compromiso personal de mejorar las condiciones de vida de su comunidad o de las poblaciones que son parte de su ámbito de trabajo.
  - En cuanto a los diseños de los programas de promoción de la salud, la mayoría de entrevistados responde que estos parten del nivel central de sus instituciones y no reflejan la realidad local, ya que no abordan características de dicha población.
  - El Perú es uno de los países de América Latina que cuentan con una vasta experiencia de programas de promoción y comunicación para la salud. Sin embargo, una debilidad de estas experiencias es que no son socializadas institucionalmente. Los resultados no se difunden ni informan a las instituciones pares, situación que lleva a que la suma de esfuerzos para generar nuevos conocimientos y lecciones sobre una misma línea temática sean aún débiles y poco frecuentes.
  - Si bien es cierto que la teoría es la sistematización de la práctica, no puede deslindarse una de la otra porque con ambas se tendrá mejores resultados en las intervenciones que se realicen. A ello se suma que las agencias cooperantes exigen productos “tangibles y concretos” que justifiquen la inversión que dan, renunciando a estos procesos de análisis. No se pueden pedir resultados a corto plazo si se quieren buscar cambios de comportamiento en las poblaciones objetivo, ya que este es un proceso de largo aliento.
  - La rotación continua del personal capacitado en las instituciones de salud impide una continuidad en el trabajo, a pesar de que la capacitación puede ser buena.
  - Según la opinión de los entrevistados, el Estado no cuenta con suficientes recursos humanos calificados y competentes en el campo de la promoción y comunicación



para la salud. Resalta que la mayoría de los profesionales que actualmente laboran en el campo de la salud encuentra más definida su relación con la promoción de la salud. No sucede lo mismo con la comunicación, que es considerada en la mayoría de casos como una «técnica» fácil de apropiar (“cualquiera puede ser comunicador”).

- Se observa que determinados proyectos no han desarrollado líneas de base (de comunicación) y carecen de referente para realizar una evaluación de resultados y de impacto.
- En los últimos años, los programas y proyectos de salud han dado énfasis a la línea de comunicación interpersonal (“cara a cara”); prueba de ello es que la mayoría de experiencias ha diseñado e impreso diversos “manuales de comunicación interpersonal”, publicaciones que se proponen utilizar en las sesiones de consejería y visitas domiciliarias, apelando a una relación más directa entre el prestador de salud y el usuario del servicio.
- También podemos comprobar que, a pesar de no existir evaluaciones sólidas y completas de los resultados de los programas y proyectos de promoción de la salud en los usuarios del servicio, vemos que estos se miden por indicadores reiterativos con una visión netamente epidemiológica, como son:

- Aumento de la cobertura de atención
- Visitas ó controles continuos al establecimiento
- Disminución de la morbi-mortalidad

- Vemos que en la mayoría de experiencias los indicadores relacionados con la evaluación de las acciones de promoción de la salud son confusos o no existen. Esto puede atribuirse a fallas en la construcción de las líneas de base o al desconocimiento de la construcción de indicadores de promoción de la salud.
- Repercute en contra de un adecuado proceso de comunicación en salud la evidencia de conflictos internos en las instituciones; es decir, en el clima organizacional donde se dan los problemas, generados por excesos de celo profesional, falta de ética y valores, donde cada cual quiere abarcar desde su competencia y su interés particular (sentido de autoridad).
- El profesional de salud impone sus conocimientos en desmedro de una buena comunicación con sus pacientes.

La práctica médica se basa desde hace mucho tiempo en la premisa de que, tras la identificación de los agentes del comportamiento que producen la enfermedad, bastará con dar la información a los sujetos para cambiar la situación. Los estudios efectuados (cuyos resultados son parte de las lecciones aprendidas) demuestran que rara vez sucede así. El comportamiento está entrettejido de una forma muy

compleja en la trama del ambiente físico y social. La vieja sabiduría de la salud pública, que considera la relación huésped-agente-ambiente sigue siendo la más clara. Gran parte del trabajo sobre la prevención de las enfermedades crónicas se ha centrado en la relación que existe entre los agentes (factores de riesgo) y el huésped (hombre), pero no podemos dejar de reconocer que los grandes éxitos en salud pública se han logrado interviniendo sobre el ambiente. Cualquier avance importante en el control de las tasas de enfermedad deberá tratar las fuerzas y estructuras de ese ambiente.

- La forma más natural y efectiva de cambiar los niveles de riesgo de una población consiste en trabajar a través de la comunidad: esta, y no los individuos que la componen, debe ser el punto central de la intervención.

La tarea de intervenir en los comportamientos y estilos de vida de las personas pertenece al dominio de las ciencias sociales y del comportamiento. Sin embargo, uno de los grandes problemas ha sido la ausencia de una teoría unificadora que sirva como guía. Las personas de salud (MINSA y las ONG) orientadas hacia los programas y la acción suelen frustrarse ante la incapacidad de los profesionales de las ciencias sociales de decirles lo que tienen que hacer. No olvidemos que la cultura organizacional del sector salud tiene una estructura vertical. Estas dos disciplinas, a pesar de todo, pueden guiar la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud basados en la comunidad. Nos referimos al viejo aforismo «no hay nada tan práctico como una buena teoría».

- En cuanto al perfil del profesional que se requiere para una adecuada promoción de la salud, este debe tener, por un lado, empatía con la población, y debe tomar en cuenta el aspecto cultural de esta. Sin embargo, el perfil laboral actual se limita a la producción de medios de tipo periodístico-difusionista.

Consideramos que actualmente el personal profesional de la salud ha vuelto la mirada a la comunicación interpersonal al verificar las debilidades de sus acciones (campañas y actividades) y el uso inadecuado de los medios de comunicación masivos (solo difusores), y al no lograr los resultados previstos. Es decir, la falta de competencia y propuesta para relacionarse con los medios de comunicación masiva en favor de la salud ha llevado a trabajar lo local, en la medida que resulta «más manejable».

- Las universidades deben manejar una nueva relación con el sector salud y las instituciones que realizan acciones en este campo, promoviendo acciones desde el pregrado e involucrándose en los procesos de sistematización y evaluación de resultados.

# PRODUCTO 5

## *Estudio sobre recursos de comunicación*

---

### RESUMEN DEL TERCER

El estudio sobre recursos de comunicación se realizó en el marco de un taller de trabajo en grupo que se desarrolló en la región de la Ciénega de Michoacán. El taller tuvo como objetivo principal identificar los recursos de comunicación que existen en la zona y que pueden ser utilizados para la solución de los problemas de la zona.

### INTRODUCCIÓN

El presente estudio sobre recursos de comunicación se realizó en el marco de un taller de trabajo en grupo que se desarrolló en la región de la Ciénega de Michoacán. El taller tuvo como objetivo principal identificar los recursos de comunicación que existen en la zona y que pueden ser utilizados para la solución de los problemas de la zona.

El estudio sobre recursos de comunicación se realizó en el marco de un taller de trabajo en grupo que se desarrolló en la región de la Ciénega de Michoacán. El taller tuvo como objetivo principal identificar los recursos de comunicación que existen en la zona y que pueden ser utilizados para la solución de los problemas de la zona.

El estudio sobre recursos de comunicación se realizó en el marco de un taller de trabajo en grupo que se desarrolló en la región de la Ciénega de Michoacán. El taller tuvo como objetivo principal identificar los recursos de comunicación que existen en la zona y que pueden ser utilizados para la solución de los problemas de la zona.

## RESUMEN EJECUTIVO

El estudio sobre los recursos de comunicación parte de la perspectiva de identificar los elementos constitutivos que definen la comunicación en las regiones estudiadas. Se han analizado la relevancia de la televisión, la radio y los medios impresos en cada localidad, así como la situación del comunicador, en referencia a la difusión de mensajes concernientes a la promoción de la salud. Las conclusiones aluden a las deficiencias encontradas. Las sugerencias son recomendaciones que pueden encaminar la solución de los problemas planteados.

## I. INTRODUCCIÓN

El producto cinco, sobre recursos de comunicación, se sustenta en la evaluación de una serie de componentes que pueden darnos un panorama general sobre las dinámicas sociales de la comunicación: los actores, las instituciones que tienen presencia en la sociedad y las características de los medios de comunicación, así como los mensajes de salud que se difunden a través de ellos en cada localidad.

Como base de la investigación se plantea la necesidad de conocer, en un sentido amplio, los recursos de comunicación con que cuenta cada región, lo que incluye: los espacios, los instrumentos utilizados para difundir mensajes, las ocasiones, las instituciones que propician encuentros colectivos y los protagonistas reconocidos, si los hubiere. Aspecto fundamental lo constituyen los medios de comunicación, en el grado en que han proliferado en cada localidad.

El trabajo de análisis de recursos de comunicación está siendo planteado desde una perspectiva de observación empírica y con fines pragmáticos. El propósito fundamental es, partiendo de los datos recogidos, precisar las condiciones propicias y las

dificultades que se presentan para desarrollar mensajes vinculados con la promoción de la salud. Es decir, buscamos entender cómo es la comunicación integralmente, no para analizarla sino para evaluarla en sus potencialidades.

Complementariamente, evaluaremos las carencias o deficiencias de los profesionales de la comunicación, ya que de ese análisis extraeremos elementos para sustentar una propuesta de formación o capacitación.

Considerando los plazos establecidos y el tiempo disponible, presentamos algunos descubrimientos pero no pretendemos que este sea un estudio amplio, profundo y completo de los recursos de comunicación en las ocho regiones designadas.

Hemos revisado documentación y bibliografía muy específicas con el objeto de articular de manera consistente los datos aislados dentro de un contexto interpretativo que dé cuenta de la realidad.

Asimismo, se han destinado los mayores esfuerzos a la búsqueda de información en las zonas de la sierra y la amazonía porque ambas ofrecen características complejas y muy distintas a las que se perciben en Lima y otras ciudades de la costa.

La información sobre medios cubre estaciones de televisión, estaciones de radio, periódicos, revistas, boletines y folletos existentes en cada localidad. El objetivo es identificar aquellos que permanente o eventualmente difunden contenidos de salud.

Asimismo, consideramos importante analizar los recursos humanos, es decir, las personas que, por la naturaleza de su trabajo, se encuentran en situación privilegiada y pueden ser convocadas para colaborar en acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de las poblaciones seleccionadas.

La existencia y el funcionamiento de organizaciones de comunicadores como redes de periodistas, corresponsales y asociaciones con cierto nivel de articulación constituyen un capital humano que puede eventualmente ser activado.

En nuestro país se aplican prácticas publicitarias y propagandísticas de persuasión con fines comerciales o políticos. Intentamos vislumbrar en qué medida su aplicación deviene en una “moda” en las localidades que son de nuestro interés.

Estas estrategias podrían ser aplicadas con fines de promoción social. Tratamos de investigar qué recursos y espacios de comunicación no han sido explotados y eventualmente aparecen como potencialidades.

## II. OBJETIVOS

1. Actualizar o elaborar, según fuera el caso, un directorio referencial de los principales recursos de comunicación (radio, televisión, periódicos, revistas, instalaciones, actividades, servicios) en cada región.

2. Detectar cuáles son los medios de comunicación (radio, televisión, cine, periódicos, revistas) más importantes en la localidad y en qué medida están involucrados en la promoción de la salud.
3. Lograr un acercamiento a las prácticas comunicativas que concitan la participación de la población a través de los espacios que son utilizados; conocer las dinámicas comunicativas propias de la localidad, de carácter comunitario, vinculadas a celebraciones cívicas, religiosas, educativas, entre otras.
4. Establecer qué instituciones culturales, públicas y privadas, y qué organizaciones comunales, artísticas y religiosas tienen el reconocimiento y la capacidad de convocatoria en asuntos vinculados a la participación social, en particular en cuanto a la salud.
5. Evaluar la calidad de los mensajes con contenido de salud que se difunden a través de los medios masivos.
6. Identificar al comunicador o periodista en su práctica profesional.

### III. METODOLOGÍA

Esta investigación se planteó desde el inicio la necesidad de acceder a información sobre el funcionamiento de la comunicación en cada localidad. Por lo tanto, la metodología de trabajo se ha basado fundamentalmente en el trabajo de campo.

#### 1. El equipo humano

La amplitud de los territorios y la imposibilidad de establecernos personalmente en cada una de las localidades durante el tiempo óptimo para obtener resultados provechosos determinaron la necesidad de contar con asistentes de investigación en cada lugar.

A través de una invitación del Consorcio a las universidades nacionales de las ocho regiones seleccionadas, las facultades de Comunicación o Ciencias Sociales enviaron propuestas que fueron evaluadas por el equipo de Lima, entre las cuales se seleccionó a los investigadores locales, que fueron capacitados en un taller en Lima. El mismo equipo de investigadores locales de cada región apoyó el estudio global (los cinco productos).

El trabajo se desarrolló básicamente mediante la aplicación de los instrumentos aprobados: la ficha de datos cuantitativos sobre la existencia de medios de comunicación y los cuestionarios para el registro de los mensajes impresos, radiales y televisivos sobre salud. Esta tarea quedó a cargo de los investigadores locales, que-

nes tenían experiencia en trabajo de campo, dominio del quechua y alguna participación en investigación o contacto práctico con el tema de la salud.

Intencionalmente planteamos a nuestros investigadores locales que, por el tipo de información que buscábamos, no era posible determinar puntualmente, desde Lima, quiénes debían ser los informantes ni cuáles eran los ítems más importantes. Sugerimos que ellos mismos los seleccionaran, basándose primordialmente en su experiencia personal, el grado de conocimiento y la capacidad de observación respecto al entorno. El permanente contacto vía correo electrónico y teléfono facilitó la selección de los medios que debían visitar y los datos que convenía registrar.

Todo el proceso de trabajo de campo tuvo una duración de tres a cuatro semanas. Los resultados obtenidos no son homogéneos, ya que han intervenido las diferencias particulares de cada región.

## 2. Definición de los recursos de comunicación

Con fines estrictamente operativos para el registro de la información, hemos clasificado los recursos de comunicación en los siguientes aspectos:

- A. Espacios: son los locales y sus alrededores (lugares en donde se pueden concentrar públicos potenciales), como por ejemplo, teatros, auditorios, estadios, plazas, cines, mercados, instalaciones escolares y universitarias, colegios, academias y discotecas.
- B. Personas: líderes de opinión, profesionales, autoridades, empresarios, actores, artistas, músicos, deportistas.
- C. Festividades: cívicas, religiosas, patronales, escolares, comunales y otras conmemoraciones.
- D. Actividades: fiestas, concursos, sorteos, competencias deportivas.
- E. Instituciones cuyo objetivo fundamental no es la salud, pero que eventualmente realizan o colaboran en campañas específicas: partidos políticos, congregaciones religiosas, sectas, grupos artísticos musicales y teatrales, colegios profesionales, Policía Nacional, Ejército, Marina, Fuerza Aérea, municipalidades, comisarías, clubes privados, clubes de madres, colegios.
- F. Elementos publicitarios y propagandísticos: transporte público, *stickers*, afiches, volantes, prendas de vestir, mensajería para *márketing* directo, publicidad corporativa, auspicio de actividades, recibos de servicios diversos como televisión por cable, luz o agua.
- G. Medios de comunicación: televisión, radio, cine; se incluyen las cabinas de Internet y de juegos virtuales, las salas de video o el cine club.

### 3. Los instrumentos de trabajo

Con el fin de esbozar un directorio de medios de cada lugar estudiado, se consultó en primer lugar el listado de medios de comunicación elaborado por el Ministerio de Transportes, referente a licencias y autorizaciones de funcionamiento. Paralelamente, se levantó información referencial en cada una de las localidades.

Cabe destacar que no se ha realizado una investigación cuantitativa definitiva, con datos absolutos, ya que el énfasis no ha estado en establecer las características de la tecnología utilizada, la infraestructura o el registro total de los medios de comunicación masiva que operan en cada lugar. Lo que se ha pretendido es una visión aproximada de cómo funcionan los canales de televisión, radios, periódicos y revistas más reconocidos en cada localidad, y su disposición frente a los temas relacionados con la salud.

La ficha de datos, con ligeras variantes según el medio, constó de los siguientes aspectos:

- **Datos generales de la empresa:** Nombre, razón social, dirección, teléfono, fax, correo electrónico, página *web*. Esto naturalmente nos permitiría precisar su ubicación territorial y determinar a través de qué medios se podía establecer contacto.
- **Gerencia o administración:** Consideramos conveniente identificar con precisión quiénes gerencian los medios de comunicación, es decir, su régimen de propiedad, el tipo de licencia y la entidad administradora.  
Por su régimen de gestión, clasificamos los medios en: estatales, municipales, comunales, de iglesia, universitarios, gremiales, de asociaciones, cooperativos, comerciales; ya que, existiendo amplia diversidad en este aspecto, debíamos conocer aquellas instituciones que por sus objetivos o su declaración de principios pudieran estar dispuestas a participar en un proyecto futuro.
- **Cobertura:** No es un dato que pudieran ofrecer los entrevistados con precisión técnica; por lo tanto, se optó por un criterio más bien de extensión en términos aproximados, es decir, nacional, regional o local, dato que en alguna medida nos remite a una población de influencia, más que a la potencia de los equipos.
- **Equipo de productores:** Nos permitió saber quiénes trabajan en la producción de mensajes con contenidos de salud en los diferentes medios, así como su experiencia y condiciones de trabajo. Indagar sobre su condición profesional nos permitía identificar la presencia o ausencia de comunicadores egresados de universidades y en qué proporción se encontraban frente a otros profesionales o trabajadores no profesionales.



Dentro de los demás aspectos de la comunicación que registramos en la ficha de datos consideramos importante identificar líderes de opinión, personas destacadas de cada localidad. En las ciudades pequeñas, las relaciones interpersonales, cara a cara, tienen mayor importancia que en las grandes urbes. Las personalidades que logran prestigio en un campo del quehacer profesional, empresarial o político suelen ser reconocidas como voces autorizadas en diversas materias. Asumimos que el prestigio y el poder son características que contribuyen a ejercer diversos grados de influencia sobre la población y orientar la opinión y el comportamiento de la gente, por lo menos en el nivel de la representación de valores.

El cuestionario para productores de medios de cada localidad (uno para cada medio) es el instrumento orientador en el acopio de información cualitativa acerca de los temas abordados en los programas o mensajes difundidos. Su aplicación requirió la visita personal del investigador local a las empresas de medios más importantes.

Respecto a los programas que difunden contenidos de salud, se elaboró un listado de temas para que el entrevistado señalara cuáles habían sido tratados en su medio de comunicación, qué clase de problemas han sido tratados y qué concepto se tiene de salud. El listado constó de una sección de carácter general con datos del programa (radial o televisivo) o la publicación impresa: frecuencia, objetivos, auspicios, personal responsable. Esta información permitió establecer las condiciones de la producción y las intenciones de los realizadores. También se consignó información acerca del tipo de contacto que tienen los emisores de programas sobre temas de salud con los receptores y si hay participación presencial o mediada (vía telefónica o correo) del público, tanto en los programas radiales y televisivos como en la prensa. La participación del receptor indica, por un lado, una forma de establecer un proceso de retroalimentación. Pero, por otro lado, implica una actitud del receptor de disposición a participar directamente y aclarar o ampliar la información que recibe; es decir, un compromiso activo con el tema desarrollado. Por último, se incluyó una breve evaluación de las condiciones en que se trabaja: el respaldo de la empresa, el interés del público, si el material de consulta se juzga adecuado y si se cuenta con el apoyo de otras instituciones además de la aceptación de los directivos de la empresa.

Esta información nos proporciona un panorama de las oportunidades y dificultades presentes en la producción de programas a partir de los relatos de quienes han abordado el tema de salud y del grado de interés que pueden tener los comunicadores de las empresas en desarrollar esta línea de trabajo. De esta manera, logramos comprender si la difusión de programas sobre salud obedece al interés particular de quien contrata el espacio radial, televisivo o impreso o a una política del propio medio. Por medio de sus testimonios también se puede inferir el grado de interés o demanda que se percibe en la población de cada localidad por informarse de estos asuntos.

Era importante también conocer qué instituciones han logrado reconocimiento en la sociedad y en qué medida han conseguido trascender a la comunidad involucrándose en actividades vinculadas a la salud.

## IV. RESULTADOS

### 1. Los medios masivos

Lejos de hacer reflexiones teóricas sobre la influencia de los medios de comunicación en el imaginario colectivo, en la predisposición a adoptar ciertas conductas o seguir ciertos modelos, nos hemos situado en la realidad concreta del funcionamiento de la televisión, la radio, los periódicos y las revistas producidos en cada localidad, y en particular analizamos la cobertura que hacen de los temas de salud y contenidos que difunden.

No se ha efectuado un estudio de audiencias ni de impacto en los lectores, en primer lugar y primordialmente porque el propósito general de esta investigación era determinar las carencias y capacidades de quienes producen la información; por lo tanto, no fue relevante en esta oportunidad precisar las características de los públicos o audiencias. En segundo lugar, porque el tiempo disponible no lo permitía, y hubiéramos requerido de instrumentos cualitativos específicos a partir de un estudio preliminar de carácter cuantitativo del cual no disponíamos porque no hay información fidedigna de los medios que funcionan con o sin licencia. No obstante, existen empresas como CPI y Apoyo Opinión y Mercado que están incursionando en la realización de sondeos de audiencia localizados en ciudades de provincias, que pueden ser consultados. Así mismo, algunas ONG realizan estudios puntuales sobre el impacto de sus mensajes al enfrentar dificultades en la aceptación de ciertas propuestas de cambio por parte de la población beneficiaria.

Estas evaluaciones no trascienden del ámbito intra-institucional porque se llevan a cabo por la necesidad de respuesta a situaciones coyunturales, o como parte de la evaluación de sus programas de intervención, pero no desde un enfoque comunicacional de estudio de medios. Aún así, es una información que debería estar disponible para entidades similares que enfrentan los mismos problemas.

Respecto a la situación de los medios de comunicación, una primera constatación que salta a la vista es que los cines prácticamente están desapareciendo. Huancaayo, con una población de alrededor de 320 000 habitantes, solo tiene uno: el cine Mantaro. Los otros que había se han convertido en templos evangélicos, como ha sucedido en muchos lugares del país. Otro ejemplo es La Libertad: en Trujillo hay tres teatros, dos cines, veinte cabinas de Internet, diez salas de juegos electrónicos,

diez salas de video; en Chocope, la población cuenta con cinco salas de juegos electrónicos, dos cabinas de Internet, dos salas de video y ningún cine; Otuzco tiene ocho salas de juegos electrónicos, cuatro salas de video y un teatro; en Pacasmayo hay cuatro salas de video, un cine, cuatro cabinas de Internet, cinco salas de juegos electrónicos; por último, Huamachuco tiene un teatro, una sala de video y una cabina de Internet.

En relación con la cobertura de asuntos vinculados a la salud que hacen los medios de comunicación, estos manifiestan su más amplia disposición de colaborar con el Ministerio de Salud y EsSalud, particularmente en lo que se refiere a campañas. Sin embargo, en ningún caso los medios de comunicación se consideran llamados a cautelar u orientar a la población en la conservación de la calidad de vida. Sus mensajes de salud son siempre referidos a enfermedades y a los tratamientos correspondientes, y son producidos por especialistas y no por cuenta de la empresa radial, televisiva o de prensa. Acostumbrados al abastecimiento frecuente del MINSA o EsSalud, realizado en los últimos años, actualmente denuncian una restricción de esas entidades públicas en materia informativa. Sostienen que ya no se realizan las conferencias de prensa, que ya no reciben notas informativas. Ante esta situación no acuden espontáneamente a buscar la información ni mucho menos optan por generarla ellos mismos.

En lo que se refiere a los regímenes de propiedad, la mayor parte de estaciones de televisión, periódicos y radios pertenece a individuos o empresas privadas. Son muy pocos los casos de empresas de televisión administradas por universidades o municipalidades. La propiedad de radios sí ofrece un panorama más variado. Las hay de propiedad de iglesias, municipios, universidades, asociaciones civiles, comunales y ONG. De igual manera, los periódicos son primordialmente de propiedad privada, aunque se presentan casos de periódicos de iglesias, gremios y universidades.

### *La televisión*

La importancia de los medios de comunicación en las provincias del interior del país no obedece a los mismos parámetros que conocemos en la capital, sobre todo en lo que se refiere a la televisión.

La televisión es un medio bastante escaso y las televisoras locales son casi inexistentes. Esto se debe —probablemente— a los altos costos de inversión que se requieren para instalar un canal de televisión y a la precaria capacidad de mantenimiento del mismo, ya que generalmente se sustenta con auspicio publicitario.

Hemos constatado que en nuestro país no se ha desarrollado la potencialidad de la televisión local o televisión de cable como en otros países (Argentina, por ejemplo), que permite una llegada directa a suscriptores identificados.

En Tarapoto existen cinco canales de televisión: cuatro retransmiten señales de Lima y uno es un canal de cable con 18 000 suscriptores. Al tener la ciudad una población calculada en 108 828 habitantes, prácticamente el 18% está suscrita al cable. Lo extraño es que funciona desde 1988, mucho antes de que se instaurara en nuestro país este tipo de servicio.

En las localidades estudiadas, las empresas televisivas son fundamentalmente retransmisoras, filiales de las cadenas de Lima, y difunden la misma programación, a veces incluso con horarios restringidos de cuatro o cinco horas diarias de transmisión. Este hecho produce un distanciamiento del público con ese medio por el carácter foráneo de su programación, y por lo tanto su consumo es mayor solo en las ciudades más grandes como Huancayo y Trujillo, en estrecho contacto con Lima.

Naturalmente, el nivel de ocupación de comunicadores en la televisión de provincias es muy bajo; su presencia no es indispensable, como sí es la del técnico de planta.

Un caso peculiar es el de Pasco, con dos estaciones de televisión de régimen municipal. La Empresa Televisora Municipal Integración administra el Canal 13 de televisión con un programa diario estable a cargo de EsSalud. Asimismo, la empresa Cable Star, privada, inserta segmentos producidos por EsSalud en programas informativos. Paralelamente, la Municipalidad de Yanacancha administra el Canal 11, con una hora de programación local, de información general.

En Junín, además de las retransmisoras de los canales de Lima, funciona Radiodifusión Mantaro Canal 21, empresa privada de cobertura local que tiene diez horas de transmisión diaria y ha firmado un convenio con la Universidad Peruana de Los Andes para preparar programas con la Facultad de Medicina Humana.

En el distrito de San Martín de Pangoa, Satipo, ha iniciado operaciones la empresa Telecable Pangoa. Esta es una zona que, de acuerdo a conversaciones con personas que viven en la región, se sustenta económicamente con el narcotráfico.

En Huancayo, la filial de Lima de Global Televisión sorprendentemente produce el 70% de sus programas locales, entre ellos “A su servicio”, conducido por un médico.

Ucayali es la única región de las estudiadas en donde hay una presencia marcada de la televisión por cable. Esto obedece probablemente a la amplia difusión que tuvo este sistema por iniciativa de algunos empresarios, hace ya varias décadas, en algunas zonas de la amazonía (surgió en Iquitos) y que motivó incluso serios debates porque esas empresas surgieron de manera informal, de modo que, cuando las autoridades del Ministerio de Transportes pretendieron suspender sus operaciones, la población —incluidas sus autoridades— rechazó la medida.

En Pucallpa, además de las retransmisoras de canales de Lima, funcionan algunos canales de cable: Telecable 2000 Pucallpa, Cable Oriente S.A. y dos canales de señal

abierta, Canal 6 Videoriente S.A. y Canal 9 Telefrontera S.A. En esta localidad todas las estaciones de televisión colaboran con las instituciones del Estado en épocas en que se realizan campañas de prevención de epidemias como el dengue y el cólera, y han cubierto, a través de sus informativos, problemas asociados principalmente a la protección del medio ambiente y a la violencia ciudadana.

### *La radio*

Es sabido que en las ciudades pequeñas los medios de comunicación no son concebidos necesariamente como un puente hacia la globalización cultural, sino que constituyen más bien una prolongación de las dinámicas sociales de la colectividad. Por lo tanto, tienen más arraigo en la población aquellos medios que reflejan con mayor fidelidad los estilos comunicativos de la población.

Sin la menor duda, la radio es el medio de comunicación masiva más cercano, de mayor empatía. Por las facilidades tecnológicas de portabilidad, acompaña las actividades diarias, dentro y fuera del hogar, en el lugar de trabajo urbano o rural. Por eso es el medio preferido en las zonas más alejadas que no cuentan con energía eléctrica, indispensable para la recepción televisiva. Pero es también gracias a su naturaleza oral que logra el máximo acercamiento a individuos analfabetos o con precarios niveles de instrucción y escaso hábito de lectura. Cabe agregar que su consumo es de muy bajo costo: se reduce al pago de energía eléctrica o la compra de baterías, ambos de carácter diferido o indirecto. En cambio, el periódico exige un desembolso inmediato y es asumido como un egreso.

Respecto al régimen de propiedad, hay radios que son de iglesias, de las ONG, de asociaciones comunales, de municipalidades y de universidades, aunque la mayoría son de propiedad privada.

Radio Cumbre, en Huancayo, es una estación radial de propiedad del Arzobispado. Difunde hasta tres programas sobre salud: los domingos, uno realizado por estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú y de lunes a viernes, dos (“Hola vida” y “En familia”) producidos por el Centro de Salud. Cuenta con 43 personas que trabajan para la empresa, pero solo seis reciben remuneración. Entre el personal hay seis comunicadores de Huancayo y uno de Lima, que estudió en el Instituto Charles Chaplin. Este es el único caso que hemos encontrado alguien que haya llegado de Lima. No hemos podido establecer si es un caso extraordinario de migrante de Lima a Huancayo o es un natural de Huancayo que viajó a Lima a estudiar y luego regresó.

Otra radio de carácter religioso es Radio Maranatha, en Pucallpa, que pertenece a la Iglesia Evangélica y transmite programas religiosos, incluso de otros países.

En Ayacucho hemos visitado 19 emisoras que abarcan una amplia gama de denominaciones o razón social. Por ejemplo, en la provincia de La Mar-Tambo, en Ayacucho, la Radio Ondas de Paz pertenece a la ONG Centro Cristiano de Promoción y Servicios, que emite un programa llamado “Conociendo nuestros derechos” en el que se instruye a la población en esta materia. En su equipo de producción hay periodistas y profesionales de la salud.

También en Ayacucho funciona la Radio Quispillacta, de la comunidad campesina del mismo nombre. Probablemente tiene programación en quechua, ya que uno de sus programas tiene por nombre “Musucc Kallpa”; es producido por un Licenciado en Enfermería y está dirigido a los campesinos. El resto de su programación es educativa, musical (folclórica). Trabajan en la emisora profesionales de las Ciencias Sociales y de Ciencias de la Salud.

La Radio Satélite FM es de propiedad privada, pero desde marzo del 2000 una educadora religiosa de las mercedarias dominicas, conduce el programa “Camino se hace al andar” dirigido a jóvenes de ambos sexos. Va los domingos y dura una hora y media. Dentro del equipo de producción de la emisora hay universitarios egresados de Comunicación.

En Radio Armonía 2000, hace un año se transmite un programa a cargo de una obstetriz, en el cual se informa sobre temas de salud propios de las mujeres, como enfermedades, aborto y proceso de parto. La Asociación Civil Amauta tiene una emisora que se llama Radio Cultural Amauta, aparentemente de tendencia evangélica, ya que entre sus propietarios está un pastor, entre otros profesionales.

Muchas de las emisoras de radio ceden o licitan espacios a productoras independientes o a clientes que realizan de manera autónoma la producción de sus programas; incluso tienen publicidad contratada. Tal es el caso de Radio Señorial de Huancayo, en la que el doctor Oscar Sedano Santiago mantiene, junto con otros cuatro médicos, el programa radial “Sermedic”, a través del cual se absuelven consultas del público. Esos cuatro médicos financian con su dinero este programa dominical y hacen publicidad a sus consultorios y a la Clínica Ortega, donde trabajan.

No hemos encontrado referencias a producción de programas de ficción (como radionovelas, por ejemplo), lo que nos estaría indicando una sub utilización del medio, indudablemente por limitaciones creativas de los profesionales de la radio o por escaso presupuesto para su ejecución. Todos los programas son de corte periodístico: entrevistas y paneles con o sin participación del público.

En Lima funciona la empresa radial de mayor cobertura nacional. Radio Programas del Perú (RPP) es una emisora exclusivamente informativa, no tiene espacios musicales y, según el estudio de Apoyo Opinión y Mercado sobre actitudes hacia la radio, “la emisora más sintonizada es RPP, con 19% de menciones entre los entrevistados que

escuchan radio habitualmente.” Por ejemplo en Trujillo, según estudios de la Compañía Peruana de Investigación (CPI), RPP tiene el primer lugar de audiencia con el 17.4%, mientras que la segunda radio más escuchada, Frecuencia 100, tiene el 9.7%.

RPP cuenta con una red de corresponsales en todo el país, todos con formación periodística, que le permite transmitir información de cualquier lugar en el momento en que sucede. Una vez al día entabla conexión con seis emisoras de países vecinos de la Red Solar para difundir un programa que incluye segmentos de cada país con las noticias más relevantes. Es la emisora que más programas de salud emite: “Era tabú”, diariamente a cargo del psicoanalista Fernando Maestre, de una hora de duración; “Más vale prevenir que curar”; segmentos en el programa “Entre amigos”, y uno dedicado a la tercera edad, “Más allá de las canas”, conducido por el coordinador general de programación de la emisora, Miguel Humberto Aguirre. Incluso en el concurso que tienen para escolares han incluido tareas que exigen el contacto de los escolares con la realidad de los hospitales o servicios de salud de sus respectivas localidades, entre otras alternativas.

Entre las 24 radios visitadas en La Libertad, se han encontrado algunas repetidoras de la señal de Lima, y de un balance total se puede afirmar que la mayoría dedica su programación a espacios musicales. Sin embargo, en alguna ocasión muchas de ellas han colaborado con el MINSA o EsSalud en la transmisión de *spots* o programas grabados para la prevención de enfermedades de la región o campañas en fechas específicas como el Día del No Fumador.

Aquellas que difunden programas con contenidos vinculados a la salud son: Radio Otuzco, que invita a colaborar al Hospital General de Otuzco, y Radio Renovación Cristiana, que pertenece a la Cadena del Milagro Internacional con sede en Puerto Rico. Desde ahí difunden un programa tres veces por semana destinado a prevenir el uso de drogas, el alcoholismo, la prostitución, la homosexualidad, el adulterio y “todo lo que significa una barrera espiritual para el hombre”.

El área de comunicación social de la Prelatura de Huamachuco, La Libertad, administra una radio con fines educativos, de difusión pastoral. También funciona una retransmisora de la estación Radio María, de Lima, que es de la Iglesia Católica y transmite programas de reflexión con contenidos morales, sobre todo.

El caso de Radio Los Andes es paradójico. Pertenece a la Prelatura de Huamachuco —a lo que ya hemos mencionado en el párrafo precedente— desde hace diez años y el gerente de la radio es el Obispo, quien además se desempeña como capellán en el Hospital Leoncio Prado. Sin embargo, esta radio no produce programas de salud. La emisora tiene apoyo financiero de Alemania y logra una cobertura regional, siendo la más potente del norte peruano. Entre el equipo de trabajadores hay egresados de la Universidad de Trujillo. La radio, entonces, tiene todas las condiciones como para

desempeñar un papel importante en la promoción de la salud, pero se dedica exclusivamente a difundir el Evangelio y programas de ese tipo. Consideramos que es un caso particular porque es infrecuente que miembros de la Iglesia, relacionados directamente con la población pobre del país, no desempeñen un rol de liderazgo en la promoción de mejores condiciones de vida.

En Tarapoto, San Martín, la Comunidad Terapéutica Takihuasi trata la adicción a las drogas con productos naturales y plantas medicinales. Publica folletos y contrata espacios radiales a través de los cuales informa sobre sus descubrimientos en la medicina natural y sobre la calidad de su trabajo en la curación de adictos. En esa localidad funciona una emisora de radio dedicada exclusivamente a la promoción de la salud en mujeres. Es de propiedad de la ONG Asociación de Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU) y su programación consta de información general y música, pero no tiene avisos publicitarios sino *spots* sobre salud dirigidos a mujeres. Tiene licencia como emisora educativa, por lo tanto no tiene autorización para pasar publicidad comercial, y no la necesita porque se financia con fondos propios.

Otro caso en San Martín es el de Radio Amistad, de propiedad de la Asociación Cultural Tiempo Nuevo de la Iglesia Evangélica. Se dedica a pasar música cristiana, pero entra en línea con una emisora argentina para pasar el sermón y la reflexión del día. No tiene programas de salud.

Entre las estaciones de radio visitadas en el Cuzco, la mayoría son de propiedad privada, comercial. Hemos seleccionado aquellas que transmiten programas con contenidos de salud. Radio Sicuani es de la Prelatura de Sicuani y transmite un programa dominical de media hora de duración: “Compartiendo”, conducido por una doctora, a través del cual se trata de difundir comportamientos saludables. Está en la programación desde hace tres años.

Radio Quillabamba es de CEMCOS, de la Iglesia Católica, y desde fines del año pasado transmite un programa de media hora que va de lunes a viernes: “Vocero cooperativo - Ayni salud”. Es producido por la Central de Cooperativas Agrarias Cafetaleras de La Convención y la ONG Ayni. Tiene como público a las comunidades rurales circundantes a quienes dirige propuestas para mejorar la nutrición y prevenir enfermedades. Hay participación del público.

Radio Cusco transmite “La hora del maestro Nazare”, que sale desde hace tres años diariamente, con una hora de duración, y está destinado a promover la salud con medicina natural; es conducido por un herbolario. Radio Santa Ana transmite el programa del Dr. Pérez Albela, “Buen día salud”, los sábados y domingos y los días de semana. Cuenta con auspicio de una clínica local para emitir “Senda de la salud”. Asimismo, Radio Tahuantinsuyo emite “Vida y salud” todos los días con una duración de 25 minutos y bajo la conducción de un naturista.



Los distritos de Pichari y Quimbiri, ubicados en el departamento del Cusco, cuentan con una emisora de radio cada uno: Satélite y Radio A, respectivamente. En ninguna de las dos trabajan profesionales o egresados de escuelas o facultades de Comunicación. Son empresas privadas de cobertura local. Radio Satélite solo cuenta con locutores; no hay periodistas en su equipo de producción. Estas localidades no tienen espacios de encuentro de pobladores; son lugares de tránsito, según informes de la investigadora local.

En Pasco hemos encontrado una situación muy peculiar, ya que al parecer la universidad tiene una presencia importante en los medios de comunicación, a través de diversas publicaciones como el periódico El Heraldito, de carácter regional, que se publica mensualmente desde el 2000 a cargo de alumnos de Ciencias de la Comunicación. Difunde temas de interés de la comunidad y en especial de salud, como por ejemplo salud ambiental. Cuenta con auspicios de casas comerciales locales, pero carece de acceso a fuentes de información idóneas.

La universidad de Pasco cuenta también con una estación de radio, Sistema de Radio Difusión Educativa Universitaria, de alcance regional. La programación es desarrollada por alumnos de la Escuela de Comunicación. Tienen dos programas sobre salud. El primero es “Prososalud”, que se transmite una vez por semana desde hace dos años y es conducido por una enfermera que invita a un panel de especialistas. En este programa se han tratado temas como alcoholismo, drogas, medio ambiente, sexualidad, salubridad. El otro programa, “Punto de vista”, es más reciente (tiene seis meses en el aire). Su conductor es un egresado de Comunicaciones que debate temas de la actualidad local. El público participa con llamadas telefónicas. Se ha discutido sobre medio ambiente, drogas, sexualidad, servicios públicos, salubridad, seguridad y alcoholismo.

El Instituto Superior Tecnológico de Pasco posee la Radio Tecnología, a través de la cual se emite el programa “Medicando”, producido por un técnico en farmacia que da orientación sobre el uso de medicinas y además trata otros asuntos de interés general como nutrición, consumo de drogas, avances científicos y enfermedades varias. El programa es diario y dura una hora. Su estructura consiste en la participación de un conductor y especialistas invitados. También a través de esa emisora se difunde de lunes a viernes el programa “Saludando”, producido por la carrera de Enfermería, con una hora de duración. En él participa el público por medio de llamadas telefónicas.

La radio privada Super Studio FM de Pasco también transmite un programa diario de dos horas de duración: “Mañanas saludables”, conducido por un profesional de la comunicación. Tiene como público objetivo a jóvenes, para prevenir en ellos el uso de drogas y orientarlos en asuntos referentes a la sexualidad.



discuten en el Congreso como las de seguridad social, donación de órganos, demanda de reinicio de programa de planificación familiar del Ministerio de Salud, entre otras. Es la única publicación con cierta versatilidad.

*Mi Médico*, que se vende en Lima y en provincias a un costo de S/. 1.50, es publicado por Glomach Medic S.A. y cuenta con el auspicio de diferentes centros médicos y particulares. Contiene artículos de enfermedades y tratamientos que parecen copiados de enciclopedias médicas; incluso las fotos que acompañan al texto provendrían de revistas de divulgación extranjeras. Dedicó espacios preferentes a tratamientos de cirugía plástica.

La *Enciclopedia de la Buena Salud* es un colorido periódico con artículos variados de enfermedades, cirugía estética, dietas, consejos de especialistas de tipo psicológicos y sexuales. *Salud Natural* es una publicación personal de Armando Ramos Melgar. Tiene un enfoque naturista: promociona hierbas y preparados, así como la vida vegetariana.

Las dos características más notables de los periódicos en las regiones estudiadas son: que su frecuencia es, por lo general, semanal, quincenal o mensual, y que son concebidos como expresión de una región.

Uno de los casos más destacados es el de *Ahora*, diario impreso en Huánuco que circula en Junín, San Martín, Ucayali y Amazonas. También de frecuencia diaria es *El Regional*, de Huánuco y Pasco, tabloide de doce páginas de las cuales cuatro son de información legal; mientras que *Séptimo día* y *Semanario*, también de Huánuco (doce páginas, algunas de ellas dedicadas a eventos sociales), salen una vez a la semana.

En Ucayali se publican impresos de diferente tipo, como por ejemplo el Boletín ADONEI, editado por el Templo Evangélico Monte Horeb y auspiciado por la clínica Santa Rosa. Sale cada mes y en ocasiones incluye informes especiales relativos a la salud, particularmente sobre el medio ambiente y enfermedades características de la localidad como el dengue y el SIDA.

De los siete periódicos que salen en Ucayali, cinco son semanales y dos diarios: *Al Día* y la reimpresión de *Ahora*.

En San Martín, como dato anecdótico, tenemos que en épocas pre-electorales surgen nuevos periódicos o boletines editados directamente por los partidos políticos o a través de terceras personas. También los candidatos, en forma particular, publican impresos con sus propuestas y consignas.

Sin duda, el diario de mayor prestigio y tradición en todo el norte del país es *La Industria* de Trujillo, La Libertad, de propiedad de la familia Cerro. Recién desde hace dos años tiene una columna de temas de salud a cargo de un médico.

Otro diario que se imprime en Trujillo es *Nuevo Norte*. También cubre el ámbito regional pero no da cobertura a la salud en sí, aunque colabora en campañas cuando se le solicita —como la que se realizó para combatir el dengue—.

El área de comunicación social de la Prelatura de Huamachuco, también en La Libertad, ha iniciado desde agosto del 2002 la publicación mensual de *El Halcón*. El nombre de la publicación alude al dios de los ancestros de esa localidad.

En Junín, el diario *Primicia*, que circula también en Huancavelica, Huánuco y Ayacucho, edita un suplemento que sale los miércoles dedicado exclusivamente a la salud. El responsable de esa publicación no es médico sino periodista y profesor de comunicación. Es el único caso que conocemos en que no es un profesional de la salud el responsable de mensajes de esta naturaleza. Debemos anotar, sin embargo, que el contenido del suplemento proviene de enciclopedias o textos especializados y no es creado por el director del suplemento.

También en Huancayo profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Centro del Perú publican una revista mensual: *Tribuna Médica*, de interés gremial.

En cuanto a revistas, *Vea*—de Trujillo— es la única de las que hemos visto que tiene un nivel profesional. No hay información sobre otras similares en el mismo Trujillo. Es distribuida en Cajamarca, Chiclayo y Chimbote, además de las zonas aledañas a Trujillo como Chiclín, San Pedro de Lloc, Pacasmayo, Paiján y Casa Grande. Tiene alrededor de cuarenta páginas, de contenido político regional. Abunda, además, la información sobre los quehaceres social y publicitario empresarial de Trujillo.

La revista *El Tarapotino*, de San Martín, con más de 18 años de antigüedad, es también una empresa familiar. Es ampliamente reconocida como la más prestigiosa y popular de la región, pues llega a Ucayali, Huánuco y todas las ciudades aledañas a Tarapoto. Se distribuye por suscripción y, con orgullo, el Director manifiesta que cuenta con 700 suscriptores a quienes envía mensualmente un ejemplar. Esta cifra expresa claramente el bajo nivel de lectura de impresos en la región.

La revista *Concertando* es dirigida por la Escuela de Comunicación de la UNDAC de Pasco. Participan profesores y alumnos de comunicaciones y especialidades de salud; cuenta con una sección permanente, “Salud con Salud”, que trata diversidad de temas como drogas, medio ambiente, tercera edad, sexualidad, nutrición y enfermedades.

Asimismo, la revista *Pasco+1/2s* sale mensualmente. Su producción está a cargo de profesores y alumnos de comunicaciones y otras especialidades, también de salud, aunque no es este el énfasis prioritario.

## 2. Los comunicadores

Hemos tenido contacto con comunicadores que trabajan en los medios, en donde se desempeñan estrictamente como periodistas. Su tarea es preparar y emitir noticias. Su desempeño se adecúa a las características de los medios, y no desarrollan su capa-

cidad para detectar o descubrir oportunidades o experiencias exitosas que resaltar. Hay un interés predominante en ofrecer aquello que constituye noticia, que produzca impacto en la población. Evidentemente no se conciben como promotores de valores o comportamientos; desconocen las oportunidades que tienen de desarrollar una función educativa a través de un medio de comunicación. Frente al tema de la salud mantienen una actitud absolutamente indiferente; solo es motivo de interés cuando está asociado a denuncias de la población, demandas por servicios deficientes o catástrofes, accidentes, etc. Tienen una visión oportunista de desarrollar asuntos vinculados a la salud pero desde la óptica de la noticia impactante.

En las zonas de la sierra y la amazonía, la Escuela Superior de Periodismo Jaime Bausate y Meza es una de las instituciones que ofrece el título de periodista con cursos no presenciales, tanto para jóvenes estudiantes como para profesionales que ya ejercen el oficio y que a través de algunos cursos logran sus credenciales. Es una de las instituciones de formación profesional de periodistas de mayor difusión en nuestro país por las facilidades académicas que ofrece.

Por otro lado, se ha constatado que, en todas las ciudades donde existen facultades de Comunicación o acceso a la profesionalización en Periodismo en forma directa o a distancia, los ex alumnos han incursionado en la radio, y en menor proporción en periódicos y televisión de sus localidades.

Por declaraciones de ellos mismos, no hay muchas oportunidades para la actualización académica del periodista, salvo algunas experiencias aisladas o gestión de organizaciones externas, no locales. El Instituto Prensa y Sociedad organizó, en el año 1997, seminarios sobre ética en las diferentes regiones del país, que han concitado el interés de los periodistas.

Asimismo, el Consejo de la Prensa Peruana realizó en el año 2001 seminarios regionales sobre derecho a la información y acceso a la información pública en las ciudades más importantes del país, como Trujillo, Arequipa y Puno, con el objeto de ilustrar a los periodistas acerca de las normas más recientes que les faciliten la tarea de obtener información en las entidades públicas.

Según testimonios recogidos, la Asociación Nacional de Periodistas y el Colegio de Periodistas no tienen actividad permanente ni estimulan el desarrollo intelectual y académico de sus afiliados. Solo funcionan cuando toca renovar la Directiva Institucional.

Radio Programas del Perú reúne anualmente a sus corresponsales de provincias y realiza seminarios y talleres de trabajo para actualizarlos profesionalmente, pero sobre todo para introducirlos en los nuevos conceptos y valores de la empresa. Miguel Humberto Aguirre dirige la capacitación de los corresponsales y, según expresó en entrevista reciente, encuentra que hay una gran diversidad en la formación de los

periodistas. Hay los que escriben bien, los que son buenos reporteros, los que saben agenciarse la información y los buenos investigadores, pero en ninguna universidad forman a uno con todas esas condiciones. Por otro lado, está tratando de fortalecer la Organización Panamericana de Periodistas en Salud, que él preside. Cuenta con el apoyo bibliográfico de la Organización Panamericana de la Salud. Está convencido de que a través de los medios se puede levantar el tema de la salud. Es una necesidad que las audiencias reclaman, pero no hay periodistas capacitados y pocos están interesados. Sostiene enfáticamente que hay que fortalecer la red nacional de periodistas en salud.

De acuerdo a declaraciones del doctor Fernando Maestre, director del programa “Era Tabú”, el conductor de un programa, cualquiera sea su especialidad, debe expresarse de manera que toda la gente lo pueda entender. El reto primordial es convertir el lenguaje científico en lenguaje sencillo, y esta es una competencia difícil de adquirir.

Por otro lado, el periodista, en la medida que sostenga una identificación cultural con los lectores, tendrá amplias probabilidades de constituirse en vocero de las inquietudes de la colectividad.

Las ciudades pequeñas o medianas, y más aún los pueblos pequeños de escasa densidad demográfica, permiten que se establezca una relación muy estrecha entre los periodistas, locutores, propietarios de los medios, las autoridades y la población en general. No se percibe la distancia que se da en las grandes ciudades.

En las poblaciones medianas o pequeñas todos conocen a quienes administran un medio de comunicación, y el acceso a ellos se da con facilidad. Las noticias que se difunden en ocasiones corresponden a informaciones que los individuos particulares proporcionan personalmente o a través de llamadas telefónicas. En las ciudades más grandes, las empresas periodísticas están propiciando el correo electrónico para recibir demandas o denuncias.

En la radio es frecuente que los locutores se dirijan a las autoridades por su nombre o que manifiesten sentimientos de amistad o enemistad públicamente. En muchas poblaciones, parte de los espacios de las radios son alquilados. Así, personas naturales, partidos políticos, profesionales o asociaciones de diversa naturaleza pueden difundir programas propios o expresar sus ideas por la radio. Es decir, es un medio muy ligado al quehacer cotidiano de la población. Esto tiene también su lado negativo cuando se aprovecha malsanamente del poder que otorga el medio. Así, en Tarapoto es sabido que algunos empresarios de medios solicitan auspicio para sus programas a comerciantes locales o a funcionarios públicos, quienes, de no acceder, se ven expuestos a críticas y campañas de difamación por parte del medio en cuestión. Esta práctica funciona también en otros lugares de Ucayali, según declaraciones de nuestros investigadores locales.

### 3. Espacios públicos, celebraciones, instituciones, personas

La indagación acerca de espacios públicos e instituciones representativas de la sociedad nos ha permitido determinar algunas particularidades de los comportamientos colectivos.

Todos los informantes mencionan a las plazas como lugares preferentes de concentración de la gente. Este es el espacio que utilizan las autoridades para celebrar las festividades, y las instituciones y partidos políticos para encontrarse con la población.

Los teatros son escasos y forman parte de las instalaciones de universidades o pertenecen a la Municipalidad, lo cual hace suponer que serían más bien auditorios que eventualmente son habilitados para espectáculos teatrales. Ese es el caso de Pasco, en donde muchas instituciones disponen de auditorios para celebrar encuentros, congresos, actividades artísticas, y cuentan incluso con equipos para teleconferencia, como los del CTAR-Pasco, la Municipalidad Provincial de Pasco, el Hospital Daniel A. Carrión, la Facultad de Ciencias de la Educación y Comunicación Social, la Facultad de Salud, la de Posgrado, el local del Sindicato de Trabajadores de Volcán y el de EsSalud. También son utilizados para charlas a la población a los clubes de madres y comités de Vaso de Leche.

La participación de instituciones de la sociedad en la promoción de la salud se reduce casi exclusivamente a celebraciones en fechas conmemorativas, es decir al calendario cívico de cada localidad y a la convocatoria por parte del Ministerio de Educación (colegios) o el Ministerio de Salud (DIRES). Solo algunas ONG especializadas actúan independientes.

En festividades como el aniversario de la fundación de la ciudad, celebración del santo patrón y Fiestas Patrias, la institución que convoca es la Municipalidad. Participan organizaciones cívicas como el Instituto de Defensa Civil, colegios profesionales, colegios públicos y privados y clubes de madres, así como la Policía Nacional, las Fuerzas Armadas y oficinas públicas. Las actividades conmemorativas se inician siempre con desfiles o marchas por el perímetro de la Plaza Principal. Esta una forma tradicional de presentación de todas las instituciones representativas de la sociedad, aún cuando el motivo sea el Día del Maestro, por ejemplo.

Es interesante revisar el Calendario Cívico Escolar que promulga la Dirección de Educación de cada región, y que debe ser seguido obligatoriamente por todas las escuelas estatales de instrucción primaria y secundaria. El calendario escolar de San Martín, por ejemplo, tiene 26 fechas alusivas a la salud (día del agua, de la tierra, del medio ambiente, de la lucha contra el uso indebido de drogas, de los derechos del niño, del no fumador, de la lucha contra el cáncer, de la población, de la declaratoria universal de los derechos humanos, de la lucha contra la malaria, del donante volunta-

rio de sangre, de la lucha contra la violencia contra la mujer, de la erradicación del trabajo infantil, etc.) Por lo tanto, las escuelas de esa ciudad deben organizar movilizaciones y actividades pedagógicas conmemorativas de los acontecimientos que señala el calendario.

Como parte de su organización interna, los colegios tienen que constituir, por disposición superior, lo que se denomina la Escuela de Padres. Este programa consiste en convocar la asistencia de todos los padres y madres de familia al colegio, por lo menos una vez al mes, para recibir charlas sobre temas que atañen a la vida familiar: la crianza de los hijos, valores, problemas de aprendizaje, relaciones de pareja, etc. Frecuentemente se utiliza este espacio para distribuir material o informar a los padres, por medio de especialistas, sobre la prevención de enfermedades de la región. También se orienta a los padres sobre la sexualidad en la adolescencia, la planificación familiar, la salud reproductiva y la transmisión de enfermedades por vía sexual, temas de interés tanto para ellos como para sus hijos. De acuerdo a la información recibida, la asistencia a estas reuniones es predominantemente femenina, ya que son las madres las más preocupadas por la formación escolar de sus hijos, aunque también puede deberse a la excesiva carga laboral de los padres. Esta realidad ha sido aprovechada por las autoridades escolares y algunas ONG, y con frecuencia el espacio de la Escuela de Padres se orienta a la solución de problemas de salud propios de la mujer como violencia doméstica, menopausia, maltrato físico y psicológico, lactancia materna, salud reproductiva, maltrato infantil, etc.

No parece frecuente que empresas privadas participen en actividades de salud. Solo en Pasco la empresa minera Volcán opera un programa de prevención de la hidatidosis, pero es más por un interés inmediato de cautelar la salud de sus trabajadores, que como una contribución a la sociedad.

En Tarapoto, la Policía Nacional ha conformado un grupo de niños: “La alegría de vivir”, de gran actividad en campañas de salud. Es un gesto a través del cual la institución policial ha logrado un mayor acercamiento con la población. También da charlas en los colegios sobre drogas y violencia familiar. A su vez, las Fuerzas Armadas, como parte de sus actividades de acción cívica, visitan las comunidades más apartadas para hacer tratamiento odontológico. En esta región, la campaña de lucha contra el dengue congregó a todas las instituciones civiles (colegios profesionales de periodistas, contadores, economistas, arquitectos) y militares bajo la conducción del Ministerio de Salud. Posteriormente, se han dado acciones esporádicas y aisladas; se han perdido el entusiasmo y el trabajo conjunto que se dieron ante la emergencia.

Es importante mencionar la presencia en Ayacucho de profesores universitarios o de colegio en todas las instituciones visitadas, y en especial en los medios de comunicación. Este fenómeno no es casual ni reciente. Ayacucho se ha caracterizado siempre



por ser una ciudad influenciada por la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, institución que ejerce notable influencia en el devenir de la región. Tiene todas las especialidades de formación universitaria y, por lo tanto, un gran número de profesionales. La docencia es una carrera prestigiosa en Ayacucho, como no lo es en ninguna otra zona del país, tanto la docencia universitaria como en los niveles escolares de primaria y secundaria. Asimismo, los profesionales de las Ciencias Sociales como antropólogos, historiadores y sociólogos dirigen centros de investigación y capacitación en su ciudad y en las zonas rurales.

Otro dato peculiar de Ayacucho es que es un departamento con un alto índice de bilingüismo y, sobre todo, cultiva el quechua como rasgo de identidad cultural. El quechua es practicado con vitalidad y orgullo, no solo en la zona rural, sino también en las zonas urbanas. Es parte fundamental de su cultura.

Después de la pacificación del país, Ayacucho ha sido centro de atención y de inversión financiera para desarrollar programas de repoblamiento y desarrollo rural. Muchas ONG han orientado sus esfuerzos a la recuperación social, psicológica y moral de la población que padece altos índices de pobreza. Entre las organizaciones más dinámicas en las comunidades se encuentran los clubes de madres. Se multiplican incesantemente y han demostrado ser un espacio de encuentro y revaloración de la mujer.

También en Tarapoto han sido gestoras de proyectos como los botiquines comunales, y en Ayacucho, solo en la capital, funcionan más de 200. En esa ciudad, la presidenta de los clubes de madres goza del mayor reconocimiento por sus cualidades personales y su capacidad de liderazgo, y es representante de su localidad en la Mesa de Concertación.

Una organización de nivel nacional que viene impulsando la promoción de la salud es la Red Pastoral Diocesana, de la Iglesia Católica. El DEPAS (Departamento Episcopal de Pastoral de Salud) organiza y capacita permanentemente a los agentes comunitarios de salud de todo el país. Para ello, produce materiales como folletos, trípticos y estampas, además de videos, publicaciones y grabaciones en castellano, quechua y aymara. También promueve las audiotecas, con sesenta programas de radio que son utilizados en capacitación. Cuenta con el apoyo de la Coordinadora Nacional de Radio.

Con respecto a los medios de comunicación, Carmela Zumarán, Secretaria Ejecutiva del DEPAS, manifiesta que los profesionales de los medios tienen muy poco interés por la salud integral:

“Las personas de los medios más bien responden a nuestra exigencia: por favor publiquen, por favor escriban... Los medios tienen interés en la salud con la idea biomédica salud-enfermedad. Pero no hay una visión de la salud integral, no entienden la salud como desarrollo humano pleno, no les interesa lo que vamos haciendo, pero cuando

descubren nuestra veta entonces comienzan a tener interés... Yo creo que tendrían que tener un contacto directo con las realidades de pobreza, los lugares concretos para ver cómo trabajan los agentes comunitarios de salud en las distintas zonas de salud. Y con eso van a salir clarísimos de lo que es salud integral y van a volverse los locos propagandistas de lo que hay que hacer en el país y de lo que ya se está haciendo”.

La Hermana Salomé, enfermera y licenciada en Educación, es coordinadora del Programa Mauricio Gastelú en Moyobamba. Consultada acerca de su trabajo de promoción en trato directo con la población, manifiesta que, según su experiencia, es fundamental capacitar en derechos; la gente no reclama porque cree que le están haciendo un favor, no sabe que tiene derecho a ello. Señala que para realizar eficientemente su trabajo le es indispensable información estadística porque diferentes instituciones tienen datos distintos. Podría recibir la información de Internet. Carece de equipos de comunicación de radio y producción de impresos. La televisión no llega y no ven los programas de la región sino los de otros lugares. Otra dificultad que tiene es que las ONG no comparten sus materiales.

El caso de la Hermana Jesús, del Hospital del Carmen, es especial. Pertenece a la Red Pastoral Diocesana de Conamcos, aunque sostiene que ha perdido contacto con la misma.

#### 4. Aproximación a las características de la comunicación y las culturas locales

Todo parece indicar que, en las regiones estudiadas, las relaciones interpersonales que se basan en el contacto directo son las más apropiadas para llegar con eficacia a la población, tanto por la evidencia de celebraciones, ceremonias y acontecimientos que congregan a la población, como por lo expresado por investigadores y especialistas.

En Huancayo, por ejemplo, permanentemente se realizan ferias agropecuarias, fiestas patronales, conmemoraciones religiosas o cívicas. Es decir, el calendario cívico es extenso aún cuando la ciudad es también una gran concentración urbana con congestión vehicular, ruido y densidad demográfica. Es una ciudad mestiza que equipara la intensa actividad agrícola con la comercial y que mantiene sus costumbres comunales, como el encuentro semanal para el intercambio de productos, en paralelo con el incremento de las salas de juego y la tecnología del Internet. Sin embargo la extensa zona rural que la circunda tiene características más tradicionales.

En Huancayo, un profesor de Antropología entrevistado sostiene que para poder llegar a la gente y tener cierto grado de influencia en la población es indispensable establecer vínculos estrechos y personales. Distingue particularidades culturales que a simple vista pueden parecer intrascendentes pero que en el contexto de la sierra cen-

tral tienen gran importancia. Por ejemplo, en su caso, su trabajo profesional como investigador le ha llevado a establecer lazos de compadrazgo con alrededor de doscientas familias. Manifiesta que una vez que ha sido solicitado para apadrinar a un niño le es imposible negarse, pues sería una ofensa a los padres. De esa manera, ha ido creciendo su red de compadres, que a la larga le ha resultado de gran utilidad porque recibe un trato preferencial cuando viaja por motivos de trabajo: se beneficia por el alojamiento y la alimentación y, sobre todo, por la confianza con que le facilitan información.

Respecto a la ciudad de Tarapoto, revisamos las conclusiones generales presentadas por el ITDG en el marco del “Seminario sobre sistemas de información y conocimiento en las zonas urbano populares”, que señalan literalmente:

“El sistema de información más importante para las familias residentes en la zona urbano marginal de la ciudad de Tarapoto es el conformado por las redes familiares, amigos y vecinos. El segundo sistema de información es el conformado por la organización comunal y sus dirigentes. El Ministerio de Salud es la única institución pública identificada como proveedor de información en los temas asistenciales (atención de la enfermedad) y preventivo-promocionales (vacunación, saneamiento básico). La radio es el medio de comunicación más importante, informante de diversos aspectos: seguridad, salud, oferta de empleo, etc. Caracterizan a los/las informantes clave de la muestra: la capacidad y predisposición para recibir, procesar y transmitir información y conocimientos; credibilidad, reconocimiento de la población y liderazgo.”

La comunicación intercultural es un campo poco estudiado en nuestro país por los comunicadores, ya que tradicionalmente pertenece al ámbito de los antropólogos. Consideramos que es probable que subsista el prejuicio de que el comunicador social tiene como único campo para su actividad profesional el de la producción, la realización y la transmisión de mensajes a través de los medios masivos, y ello inhibe a los propios investigadores de la comunicación a adentrarse en campos transdisciplinarios como la comunicación intercultural.

Otra vertiente de investigación de la interculturalidad y el bilingüismo proviene de una perspectiva educativa o lingüística. La cultura, y como parte de ella la lengua materna, es preocupación constante cuando se plantea la necesidad de diseñar una política educativa que garantice la identidad cultural de los pueblos, el respeto de la lengua materna para la adquisición de los valores y conocimientos fundamentales, el desarrollo de la autoestima y la superación de la marginación a que se ven expuestas las poblaciones quechuahablantes de la sierra y las llamadas comunidades nativas de la zona de la amazonía del Perú, como son los departamentos de Cusco, Ayacucho, Huánuco y Ucayali.

Entre los datos registrados en Huancayo observamos que esta ciudad cuenta con numerosos salones de recepción para agasajos o fiestas, empresas de courier e imprentas. Aparentemente, esto estaría indicando una sustitución de las costumbres tradicionales —como el ofrecer la casa a los convidados a una celebración familiar— por una reunión en un lugar público especialmente acondicionado para ello. Es probable que el crecimiento de la ciudad haya vuelto más distantes o mediadas las relaciones interpersonales. La existencia de empresas de mensajería se asocia al uso de la correspondencia postal dentro de la ciudad como alternativa de la relación personal de entrega de cartas o invitaciones.

En Huancayo se registra también un crecimiento incesante de cabinas de Internet, salas de videojuegos con las últimas versiones y salones de juegos de azar. Si bien no hemos revisado estudios de la zona en particular, investigaciones realizadas en contextos similares sobre el uso de cabinas de Internet señalan que la mayoría de usuarios de ellas son jóvenes y adolescentes que acuden para establecer contacto vía correo electrónico o *chat* o para visitar páginas *web*, en un alto porcentaje con contenidos pornográficos. El acceso a Internet desde una cabina pública no responde a inquietudes intelectuales o académicas. Por lo general, los jóvenes se dedican a jugar y no a buscar información. En las raras ocasiones en que los escolares buscan información en Internet para subsanar carencias de bibliografía, lo hacen de manera mecánica. El proceso de aprendizaje no se completa, pues se limitan a bajar la información e imprimirla luego.

Creemos necesario puntualizar que la pedagogía en la escuela no ha incorporado satisfactoriamente las oportunidades que ofrece el Internet, los maestros no orientan a sus alumnos sobre su uso. Se espera que en el mediano plazo, la implementación del proyecto Huascarán reoriente el interés y los hábitos de los adolescentes en el uso de la tecnología hacia la adquisición de conocimiento e información y no sólo a las prácticas lúdicas y de socialización.

## V. CONCLUSIONES

- Desde un punto de vista institucional, los medios de comunicación: televisión, radio e impresos manifiestan una actitud de total indiferencia respecto a la promoción de la salud. No hemos encontrado en los medios de propiedad privada iniciativas en ese sentido, pero sí en algunos medios —sobre todo radios— administrados por las ONG, iglesias o asociaciones comunales.
- La promoción de la salud es considerada, tanto por las empresas de comunicación como por los periodistas y comunicadores profesionales, como una responsabilidad exclusiva de los organismos estatales EsSalud y Ministerio de Salud.

- El tema de la salud es atractivo para los medios de comunicación y necesario para las audiencias, pero los medios se asumen exclusivamente como intermediarios de contenidos de este tipo. No tienen iniciativa para producir por su cuenta programas con ese enfoque.
- Los pocos medios que abordan el tema de la salud adoptan una perspectiva que relaciona la noción de salud necesariamente con la enfermedad. Es un asunto de especialistas, a cargo principalmente de médicos, enfermeras y obstetras.
- La producción local en televisión y radio se limita a programas informativos y noticiosos. Las empresas de televisión y radio no invierten o no tienen personal idóneo para dinamizar su oferta con programas de ficción, género atractivo con mayor capacidad de involucrar al televidente o radioescucha. No se utilizan a plenitud los recursos expresivos de los lenguajes radiofónico y audiovisual.
- Los comunicadores o profesionales de la salud que conducen programas de televisión o radio no cuentan con materiales e información adecuados como para desarrollar sus producciones.
- La ciudad de Lima vive una realidad totalmente diferente al resto del país. Sin embargo, tiene algunos recursos que pueden activarse en beneficio de las provincias, como las redes de periodistas, corresponsales y la pastoral de salud.
- Para realizar programas o mensajes en general, el comunicador debe conocer la realidad local: el contexto social, el lenguaje y las conductas de los individuos a quienes se quiere llegar.
- La retracción del MINSA en el uso de medios masivos no los descalifica a todos y en todas las regiones como instrumentos para llegar a la población.

## PRODUCTO 6

### *Propuesta de fortalecimiento de las capacidades nacionales y regionales para desarrollar programas de comunicación y promoción de la salud en el Perú*

---

# ■ Propuesta de fortalecimiento de las capacidades nacionales y regionales para desarrollar programas de comunicación y promoción de la salud en el Perú

---

## INTRODUCCIÓN

Esta propuesta representa el sexto producto del estudio de base sobre capacidades nacionales en comunicación y promoción de la salud, y por tanto en ella se intentan sintetizar los resultados de los estudios (productos 1, 2, 3, 4, y 5) anteriores, así como las experiencias compartidas por miembros del Consorcio, el equipo de investigadores, expertos nacionales y autoridades de diversas universidades involucradas, además de opiniones y recomendaciones de representantes de USAID y AED.

La propuesta está organizada en tres segmentos:

- Análisis situacional de la comunicación y promoción de la salud en el Perú
- Enfoque general de la propuesta
- Sinergia - Plan operativo

En el primer segmento se hace una síntesis de los resultados de los productos anteriores respondiendo a las preguntas: ¿qué está pasando con la comunicación y promoción de la salud en el país y en las regiones prioritarias? y ¿cuáles son las áreas críticas, sensibles para una intervención?

En el segundo segmento se condensan la visión de los investigadores, la visión del Consorcio y la de un grupo de expertos sobre cómo debe ser la comunicación y promoción de la salud en el Perú y las regiones prioritarias.

En el tercer segmento se presentan propuestas en el campo de la formación de recursos humanos: la investigación e intervención; la gestión, la creación y el acceso a recursos, y el fortalecimiento de redes y espacios de encuentro, orientadas todas a producir transformaciones en las áreas críticas del campo de comunicación y promoción de la salud, a fin de elevar la calidad y el impacto de los programas y acciones en el desarrollo con la participación de las poblaciones.

## I. SITUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ

El campo de la comunicación y promoción de la salud, enfocado en el Perú en general y en las regiones prioritarias en particular, es un campo de múltiples prácticas que involucra una diversidad de profesionales, actores y agentes sociales. Por tanto, no es posible hacer una delimitación precisa entre lo que es y lo que no es promoción y comunicación de la salud. Asumimos que se trata de un campo abierto y en construcción, donde se comparten recursos y donde confluyen y divergen diversos intereses, expectativas y enfoques. En tal sentido, este y otros análisis que se hagan en comunicación y promoción de la salud, serán por el momento parciales. Desde nuestra perspectiva, y a partir de los estudios realizados, creemos que se deben tener en cuenta los siguientes temas:

1. Los diversos enfoques y concepciones sobre comunicación y promoción de la salud
2. La diversidad de actores e intereses
3. Las estrategias de comunicación para la promoción de la salud
4. Los perfiles profesionales y las competencias
5. Los recursos materiales para la comunicación y la promoción de la salud

### 1. Los diversos enfoques y concepciones sobre comunicación y promoción de la salud

La diversidad de enfoques de la comunicación y la promoción de la salud se refleja en la diversidad de designaciones que se da a prácticas similares según diversas organizaciones o momentos. Destacan las siguientes designaciones: preventivo promocional, IEC (Información, Educación y Comunicación), educación para la salud, salud comunitaria, proyección a la comunidad, salud y cultura, entre otras.

En el estudio realizado se ha puesto en evidencia que, a pesar de que las definiciones con énfasis sanitario cultural y cognitivo prevalecen, ninguna de las definiciones propuestas goza de un amplio consenso. Observamos que aquellas definiciones con connotaciones políticas y culturales, que son las que predominan en nuevas corrientes de desarrollo humano, tienen aún poca presencia.

De alguna manera, las concepciones sobre comunicación y promoción de la salud reflejan el sentido y la naturaleza de las prácticas, pero al mismo tiempo operan restringiendo el espacio de lo que es posible hacer. En este sentido, el enfoque preventivista e instrumental que prevalece en las regiones estudiadas es poco propicio para



emprender acciones orientadas a promover la vida y la salud en términos positivos, utilizando enfoques culturales y comunicacionales adecuados.

Por tanto, un lanzamiento de la comunicación y promoción de la salud requiere de un cambio conceptual generalizado, que implica romper con las concepciones tradicionales y dar paso a concepciones acordes con nuestros tiempos y realidades. Sin embargo, debemos reconocer que estas concepciones “no se sostienen en el aire”, sino son el reflejo de una serie de discursos y proyectos que en el ámbito nacional y supranacional se han venido dando en consonancia con ideologías e intereses más globales. A pesar de que desde hace varias décadas se discuten las limitaciones de los abordajes positivistas en el campo de la comunicación y promoción de la salud, estos siguen prevaleciendo en la práctica. Es cuestionable que en muchos casos se incorporen discursos más progresistas, pero que las prácticas aún se realicen bajo concepciones tradicionales. Pensamos que esto se debe, en parte, al predominio de una cultura burocrática y economicista en el ámbito de la gestión de políticas, programas y proyectos que privilegian metas cuantitativas y empíricamente verificables, sobre aspectos más simbólicos, relacionales y cualitativos. Desmontar estas concepciones restrictivas y extender concepciones más abarcadoras e integradoras, que aunque en baja proporción están presentes entre los actores, es un objetivo que se desprende de este análisis.

## 2. La diversidad de actores e intereses

La comunicación y promoción de la salud es un campo de interés creciente para diversos profesionales, actores o agentes sociales. La promoción de la salud inicialmente aparece como una función de las profesiones de la salud al lado de la prevención de enfermedades, la curación y la rehabilitación y como un campo de política sanitaria. Se reconoce que muchos de los problemas de salud (enfermedades, epidemias) están asociados a comportamientos o conductas de riesgo en las poblaciones, los mismos que se convierten en blancos de política social y de las técnicas de modificación de conductas, especialmente de la educación. En las décadas de los 60 y 70, la promoción de la salud estuvo regida por una lógica técnica y una lógica política no siempre concordantes, que involucraban fundamentalmente a profesionales y trabajadores de los servicios de salud (médicos, enfermeras, obstetrices, promotores, etc.) y a las autoridades sanitarias.

En la década de los 80, especialmente con la propagación del VIH-SIDA, se puso de manifiesto la complejidad de la tarea del cambio de conductas, tanto en el sentido político como en el técnico, al preguntarse quién y cómo se decide que una conducta es adecuada, o si las conductas saludables tienen validez universal, y se verificó

que la información y el conocimiento eran insuficientes para modificar las conductas. Esta situación hizo que progresivamente se fueran involucrando más profesionales y actores sociales como educadores, comunicadores, científicos sociales, las ONG y gobiernos locales, que trataban de responder a este desafío. A partir de allí, se empiezan a manifestar tensiones entre el Estado y la sociedad civil (movimiento de derechos humanos) y entre enfoques positivistas (objetivos) y constructivistas (intersubjetivos).

En la década de los 90, el campo de la comunicación y la promoción de la salud se va volviendo de interés para agentes económicos, al hacerse patentes los vínculos de la salud y la enfermedad con la economía, como lo demuestran las epidemias del cólera y del dengue y su impacto en la industria del turismo. De mayor importancia es el hecho de que la salud, en términos positivos, se ha ido convirtiendo en un valor individual y en un campo abierto de necesidades, lo que ha dado lugar a un creciente y próspero mercado de bienes y servicios relacionados a la salud. Es así como en los últimos años hay nuevos actores que se han ido involucrando, como el sector turismo y las industrias farmacéutica, alimentaria, editorial, de la estética e imagen corporal y de la comunicación, entre otros.

En este sentido, encontramos un campo de la comunicación y promoción de la salud con una multiplicidad de actores con diversos intereses, muchos de los cuales pueden ser convergentes, aunque otros pueden ser contrapuestos. Podemos identificar por lo menos tres lógicas o regímenes de interés y motivación de los actores. (1) actores que se rigen más por una lógica política de acumulación de poder, (2) actores más motivados por una lógica de ganancia y rentabilidad económica y (3) otros actores motivados por la convivencia, la solidaridad y el desarrollo social.

Consideramos que el desafío en esta área crítica es potenciar los acuerdos, buscar salidas integradoras a los conflictos de intereses, construir una ética de la comunicación y promoción de la salud y vigilar y regular la acción de los diversos agentes.

### 3. Estrategias de comunicación y promoción de la salud

El Perú es uno de los países de América Latina que cuentan con una vasta experiencia en programas de promoción para la salud que provienen de diferentes fuentes: los programas del Ministerio de Salud, la seguridad social, la sanidad y las ONG. En los últimos diez años se han dado evidencias de las múltiples acciones realizadas, traducidas mayormente en campañas de corto alcance y en la inmensa producción de material informativo y educativo, que ha sido utilizado para reforzar las actividades de los servicios de salud (talleres y consejería).

El sentido estratégico de la comunicación para la salud fue asumido de manera formal y constante recientemente, desde 1995, debido a la presencia de los proyectos de inversión pública en salud. Uno de los que más contribuyó en esa línea (componente IEC) fue el Proyecto Salud y Nutrición Básica (BIRF/Banco Mundial), con la producción masiva del texto “Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa - PECE”, cuya virtud fue la de convertirse en un texto práctico y de fácil consulta que combina enfoques, propuestas metodológicas y de intervención ya validadas en el campo de comunicación para la salud en otros países (BASICS / AED y de otras prestigiosas instituciones internacionales).

El *boom* de la comunicación en salud en la década pasada contaba con el respaldo de diversas denominaciones y significados que, en lugar de ser una debilidad, se transformaron en la posibilidad de que las instituciones sanitarias y del desarrollo la asumieran de distintas maneras. En otras palabras, era posible satisfacer todas las expectativas: IEC, comunicación educativa, mercadeo social, comunicación para la prevención y también promoción de la salud.

Este proceso heterogéneo fue producto del uso de determinados modelos y estrategias de intervención externas (en otros países) que no tuvieron mayor acompañamiento, discusión o asesoría en el momento de aplicarlas. Los referentes para intercambiar, adquirir o reforzar los conocimientos en el campo de la comunicación para la salud no existían, y ninguna institución tuvo el interés de promover este intercambio.

La combinación y la adaptación de enfoques eran usuales, no contaban con procesos de sistematización y evaluación sólidos, lo que redundó en desmedro de los resultados esperados: exceso de materiales producidos, muchos recursos invertidos y relativos éxitos en la sostenibilidad de comportamientos saludables en la población.

También cabe resaltar que los responsables de los programas, tanto del MINSA como de las instituciones que trabajan en salud, estaban en Lima (nivel central). Desde ese macro-escenario se diseñaban las estrategias que debían implementarse en los niveles regional y local; es decir, los responsables cumplieron su papel como ejecutores y adaptadores de las propuestas, pero casi sin considerar la capacidad creativa y la opinión crítica existentes en las regiones. Es en este escenario predominantemente centralista que se instalaron las estrategias de los programas de promoción de la salud.

### *Las estrategias, los procesos y los productos*

Desde la perspectiva del proceso de comunicación, podemos asegurar que los productos comunicacionales se convirtieron en el corazón de la estrategia en perjuicio

del público, ya que esta se centraba en el producto a realizar, lo que la colocaba con fuerza dentro del campo logístico y de gerencia de los recursos para la comunicación, en desmedro de los procesos que sostienen los cambios individuales y colectivos: intercambio, participación, pertinencia cultural, consulta y evaluación de resultados.

Estas ausencias pueden ser explicadas con diferentes argumentos como la falta de una mejor conceptualización de los procesos y experiencias; el no contar con capacidades profesionales en el campo de la comunicación en salud; o simplemente porque resulta más fácil, rápido e ilustrativo producir materiales que desarrollar procesos de comunicación —que implican mayor esfuerzo— y diseños creativos e innovadores para captar la atención y el compromiso de los pobladores.

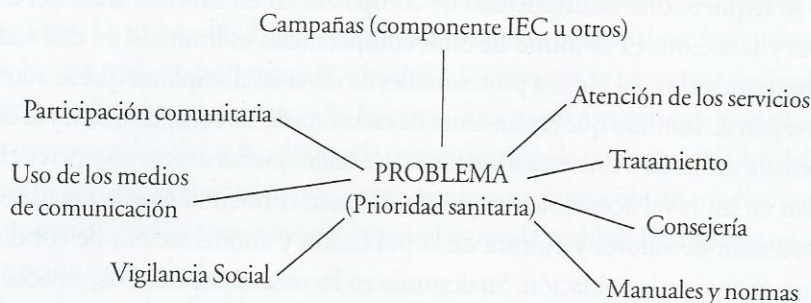
Si bien es cierto que la teoría es la sistematización de la práctica, no es posible deslindar una de otra, porque solo con el concurso de ambas se obtienen los mejores resultados en las intervenciones. Si tomamos en cuenta las teorías de cambio de comportamiento, vemos que todo grupo humano tiene valores, conocimientos y formas de entender el mundo que sustentan sus acciones frente a la vida y la salud. En este sentido, no es posible esperar resultados a corto plazo si se quiere buscar cambios de conducta sostenibles en las poblaciones objetivo, dado que intervenir de una manera respetuosa y fructífera en sus hábitos de comportamiento es un proceso complejo y de largo aliento, que se basa en estudios muy cuidadosos y estrategias de comunicación integrales.

Un aspecto importante es señalar que, en las líneas de base que se realizan en los programas de promoción de la salud, las preguntas referentes a lo comunicacional son de recuerdo y apreciación sobre los medios y mensajes. Con poca fuerza se indaga sobre los usos y formas de consumo, y menos sobre los procesos comunicacionales presentes en la vida individual, familiar y comunitaria. Lo mismo sucede respecto de los aspectos culturales: se indaga sobre las prácticas y se ignoran los procesos históricos, rebajando muchas veces lo cultural a eventos folklóricos. Aún son muy débiles estas dos dimensiones en los diagnósticos e indicadores, lo que posteriormente repercute de manera negativa en el diseño de estrategias de comunicación y promoción, así como en los procesos de evaluación.

El comportamiento de la población seleccionada está relacionado con la forma en que las personas explican las causas de su enfermedad y, según la teoría de las atribuciones, las valoraciones que le otorgan a esta. Investigaciones recientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (Revista Médica en el volumen 39 - N° 6, 2001), reseñadas en el artículo “Tuberculosis pulmonar - Dominio cultural sobre el origen y evolución de la enfermedad”, muestran que la participación activa de la comunidad es importante para que esta identifique y tome conciencia de la enfermedad, y que una estrategia necesaria es la comunicación y la educación para la salud, porque a través de ella es posible lograr que los pobladores se conviertan en el apoyo preponderante de

las acciones llevadas a cabo por los programas de prevención y de atención al paciente. El personal de salud debe tomar en cuenta las creencias que tiene el paciente sobre su enfermedad y la calidad de comunicación que se le brinda.

Tradicionalmente, las estrategias de comunicación y promoción de la salud se presentan en los gráficos como un abanico de acciones de intervención que giran en torno al problema o la prioridad sanitaria.



#### 4. Los perfiles profesionales y las competencias

La tarea de comunicación y promoción de la salud requiere de profesionales que, complementando sus competencias, puedan diseñar y ejecutar programas, proyectos y acciones con calidad, eficacia y eficiencia, adaptándose a las demandas concretas y superando las restricciones de los enfoques tradicionales. Se deben aprovechar, de ese modo, las oportunidades ofrecidas por el medio, en un marco de comprensión y respeto de los derechos humanos y los valores culturales de las poblaciones.

Como se ha puesto de manifiesto en los estudios realizados, las tareas de comunicación y promoción de la salud en el país están fundamentalmente en manos de profesionales de salud, especialmente enfermeras, médicos y obstetras; menor presencia tienen los profesionales de educación, comunicación y ciencias sociales. Sin embargo, es evidente la creciente necesidad de integrar a estos profesionales en estas tareas. La tarea de comunicación y promoción es demasiado compleja como para ser manejada sólo por profesiones tradicionales de salud. Prácticamente existe un consenso en la necesidad de un trabajo interdisciplinario, que cuente incluso con perfiles transdisciplinarios como podrían ser los de comunicadores con formación en salud pública o profesionales de salud con formación en comunicación y ciencias sociales.

Es evidente también que en la última década se ha multiplicado la oferta de formación en el campo de salud pública y áreas afines, y que esto ha permitido el encuentro de las disciplinas tradicionales de la salud con las ciencias sociales, las ciencias admi-

nistrativas y las ciencias de la comunicación. Actualmente, en el país hay muchos programas de formación promovidos por universidades, ministerios y las ONG, que con variados niveles de calidad se constituyen en oportunidades de encuentro, intercambio y cooperación entre profesionales de diversas disciplinas. Sin embargo, es evidente también que estos programas tienen limitaciones en sus enfoques y en sus estrategias, y que se hallan solo al alcance de una minoría.

Se reconoce que para realizar actividades de comunicación y promoción de la salud se requiere una multiplicidad de competencias en diversas áreas del conocimiento y la acción. El dominio de estas competencias es limitado en casi todos los sectores estudiados. Se pidió a profesionales de diversas disciplinas que se autocalificaran según el dominio que creían tener de cada una de las competencias, y al convertir la escala utilizada a una escala vigesimal, se halló que las únicas competencias que estarían en un nivel aceptable (mayor de 13) son: conocimiento de enfermedades, comprensión de valores y cultura de la población y conocimiento de conductas y hábitos nocivos en la población. Su dominio en las otras competencias, especialmente las de carácter social y comunicacional, es limitado y en algunos casos crítico.

Esta situación también se refleja en las necesidades y demandas de capacitación. La gran mayoría de los encuestados manifiesta su interés en capacitarse para mejorar su trabajo en comunicación y promoción de la salud. De estos, la mitad desea recibir una capacitación en por lo menos cuatro áreas. El 39% de los encuestados tiene planes de capacitarse en los siguientes doce meses. La tercera parte se interesa en temas de salud pública, el 16% en comunicación y solo 3% en ciencias sociales.

## 5. Recursos materiales para la comunicación y la promoción de la salud

Consideramos como recursos materiales para la comunicación y la promoción de la salud a ciertas empresas y espacios propicios en razón de su infraestructura o equipamiento. En todas las regiones se ha podido constatar la presencia de medios de comunicación como radio, prensa, revistas y canales de televisión que, en las circunstancias en las que han sido requeridos, han apoyado iniciativas de promoción de la salud. En términos generales, aquí se presenta la situación de los recursos materiales con los que se cuenta.

**Televisión.**- La producción de programas televisivos es casi nula. La mayor parte de los canales son retrasmisoras de los canales de Lima, y las pocas estaciones locales que cuentan con infraestructura y equipos de producción se dedican casi en exclusividad a programas informativos.

No obstante, los canales locales siempre han cooperado en la difusión del material en video proporcionado por el Ministerio de Salud y EsSalud. Los empresarios de

televisión manifiestan disposición a colaborar porque consideran que la salud es un asunto de interés para la población, pero carecen de material generado por ellos mismos. Esto hace ver la necesidad de producir materiales de comunicación para la salud que puedan salir al aire a través de la televisión.

Muchas empresas de televisión funcionan bajo un régimen comercial privado; por lo tanto, tienen fines de lucro. Los programas pueden conseguir auspicios de empresas comerciales de la región. Un caso particular es el que hallamos en la ciudad de Cerro de Pasco, donde la Universidad y la Municipalidad tienen estaciones de televisión propias. La universidad cuenta, asimismo, con un equipo de videoconferencia.

No hemos podido determinar la existencia de empresas productoras dedicadas a la realización televisiva por encargo de terceros. Este es un aspecto que podría ser cubierto por egresados de las facultades de comunicación de las universidades del Consorcio o de otras universidades, que opten por la especialización en medios audiovisuales y estén dispuestos a vincular sus conocimientos a la problemática de comunicación y promoción de la salud.

**Cine, teatro, salas de video e Internet.**- Solo en pocas localidades hay salas de cine, e incluso las salas de video son escasas. Lo que existe son negocios de alquiler de videocintas. Los teatros son escenarios que se habilitan para presentar obras de grupos culturales o universitarios. Están proliferando intensamente las cabinas de Internet, visitadas por estudiantes universitarios y escolares, así como las salas de juegos electrónicos, a las que asisten en número mayor los adolescentes con fines lúdicos. Esto indica que los jóvenes manejan tecnologías de esta naturaleza y que se podría ensayar su utilización con otros fines.

**Las radios.**- En las regiones estudiadas, la radio tiene una llegada muy importante en la población. Hay estaciones radiales con diversos regímenes de propiedad: privadas, de asociaciones comunales, de las ONG, de iglesias; retransmisoras de radios comerciales de Lima, del Estado, universitarias y municipales. Por lo tanto, la oferta de programación es variada y se dirige a públicos específicos. Sin embargo, los géneros más difundidos son los informativos, y no se explotan otros géneros con propósitos educativos. Un componente muy interesante de la programación de estas radios son los mensajes de contacto y los saludos.

**Los periódicos.**- Son pocas las localidades que tienen periódicos diarios; la mayoría tiene publicaciones semanales o quincenales de ocho o diez páginas, que dan cuenta de los acontecimientos políticos nacionales y regionales, así como de eventos sociales de la localidad. Algunos tienen una columna de salud, siempre a cargo de un médico que informa sobre enfermedades o tratamientos, y los artículos suelen ser transcripciones de publicaciones especializadas. Hay una evidente falta de material informativo local en temas vinculados con nuestra propuesta.

**Las plazas públicas.**- En las localidades del interior del país -en especial en las ciudades pequeñas o medianas- las plazas públicas siguen siendo espacios de concentración y manifestación colectiva; de celebración, de marchas y desfiles. Entre las principales actividades que se celebran en la plaza principal de cada localidad están las que corresponden al calendario escolar, y entre ellas destacan las que tienen relación con la salud: el día del no fumador, de la lactancia materna, de los desastres naturales, del medio ambiente, de la lucha contra la malaria, el sida, el uso indebido de drogas y el cáncer, etc. Entre los espacios públicos importantes están también los locales deportivos y las plazas del mercado.

**Los centros escolares y universitarios.**- A través de las escuelas y las universidades se tiene la posibilidad de llegar a los padres y a los demás miembros de la familia con el mensaje de las campañas de salud, convirtiendo de esta forma a los estudiantes en comunicadores. Los centros educativos constituyen, en efecto, espacios privilegiados para realizar actividades de formación y campañas orientadas a padres, madres, adolescentes y niños.

**Los clubes de madres y locales comunales.**- Son centros de principal interés para llevar a cabo talleres o cursos para la población organizada, asociaciones comunales y promotores.

**Las iglesias.**- Por lo general, administran sus locales o espacios con fines particulares, aunque muchas veces incluyen en ellos la promoción de la salud. Casi siempre cuentan con equipos de amplificación con los que se puede hacer perifoneo comunitario. Usualmente capacitan a sus catequistas y promotores en la producción y la difusión de mensajes impresos a través de boletines y periódicos murales. Las Iglesias son espacios de comunicación que administran algunos medios eficazmente.

## II. ENFOQUE GENERAL DE LA PROPUESTA

El marco conceptual de la Comunicación para la Promoción de la Salud se entiende como un modelo estratégico orientado a involucrar al individuo, a la familia, a su entorno y a la sociedad en su conjunto en la tarea de lograr niveles de bienestar y de calidad de vida óptimos y equitativos. El enfoque busca confirmar que las aproximaciones teóricas y las intervenciones de carácter interdisciplinario son el procedimiento más provechoso para alcanzar soluciones integrales y duraderas a los problemas detectados. Se requiere, en efecto, una aproximación integradora que se halle enmarcada en una actitud de flexibilidad y apertura, capaz de valorar en su debida dimensión los testimonios de las personas que acuden a los servicios de su comunidad y de reformar el trabajo universitario con una actitud receptiva ante factores en apariencia desvinculados.



## 1. Comunicación para la Promoción de la Salud y el Desarrollo

A partir de la investigación realizada, constatamos que el concepto de comunicación para la salud es confuso y que existe la tendencia a generalizar sus definiciones. También encontramos una fuerte predisposición a relacionar el concepto con teorías que explican las causas de la enfermedad. Esta percepción se recoge de diferentes actores entrevistados: funcionarios y autoridades públicas, investigadores, consultores, líderes locales, agentes comunitarios, ejecutores de programas y medios de comunicación.

Es pertinente mencionar que los agentes comunitarios y el personal de salud de los primeros niveles de atención son más concretos al definir qué es comunicación para la salud, en la medida en que su práctica y muchas veces las urgencias los obligan a recurrir a definiciones puntuales y simplificadas que aparentemente responden a sus necesidades y expectativas, que se asumen como válidas y que circulan en futuras actividades de comunicación para la salud sin mayor revisión crítica.

La mayoría de los entrevistados coincide en señalar a la comunicación para la salud como un proceso de interacción colectiva, que es fundamental para el desarrollo y el bienestar social de las personas. Sin embargo, es conveniente anotar que el concepto de salud no existe en quechua ni en las lenguas amazónicas, lo que dificulta la comprensión y la efectividad de los mensajes utilizados por los programas de comunicación.

La ausencia de un contenido uniforme del término 'salud' en las poblaciones puede generar malentendidos o simplemente indiferencia. Pese a existir investigaciones sobre el tema, estas todavía no han sido suficientemente socializadas y discutidas, menos aún incorporadas en los planes de los programas de salud del Ministerio y de las ONG.

### *Comunicación, Salud y Desarrollo*

#### *Política de Comunicación Social para la Promoción de la Salud*

La investigación ha puesto de manifiesto la débil relación que existe entre las propuestas de comunicación para la salud y las políticas de desarrollo, tanto en los niveles regionales como en los locales. Los programas han asumido diferentes enfoques para definir los lineamientos y estrategias de trabajo de comunicación para la salud al margen de los conceptos y propuestas de desarrollo, pese a la existencia de espacios e iniciativas gubernamentales y municipales que alientan la conjunción de ambos aspectos.

El vínculo entre la comunicación, la salud y el desarrollo se convierte también en un eje de indagación, análisis y creación de propuestas. Los procesos de comunicación en salud no pueden estar al margen ni correr paralelos a los procesos sociales para

lograr un desarrollo humano e integral. El punto de partida sería considerar la viabilidad de propuestas y políticas de comunicación social para la salud vinculadas al desarrollo humano.

Al respecto, ninguno de los programas considera pertinente contar con una política de comunicación para la salud y el desarrollo, y esto está relacionado con la ausencia de una concepción global del papel que le incumbe desempeñar a la comunicación social en aras de las grandes transformaciones que reclaman las poblaciones del país.

En este sentido, es importante promover el concepto de una política de comunicación social en salud ligada al desarrollo. Este concepto parte del supuesto de que la comunicación social en salud no se limita a los medios tradicionales y sus contenidos, sino que incluye al sistema de telecomunicaciones, el flujo de noticias y el trabajo de publicidad; los modernos métodos de la informática, el mundo editorial, la labor periodística, la formación de periodistas y comunicadores sociales en salud, la comunicación institucional e interpersonal y toda la infraestructura legal que regula las variadas actividades de la comunicación aplicada a la promoción de la salud. Si se lograra la confluencia armónica y estable de estos factores, se podría hablar de un sistema nacional de comunicación social, cuyo punto de partida podrían ser las experiencias en comunicación para la salud.

## 2. La perspectiva intercultural

La pertinencia de lo cultural como dimensión de la comunicación y promoción de la salud es uno de los mayores consensos detectados en este campo. Sin embargo, esto puede ser simplemente una ilusión. En nuestro medio, el uso del término 'cultura' suele tener un sesgo muy marcado, según el cual la cultura es un cierto privilegio de Occidente que se transfiere a las comunidades que aún no gozan plenamente de ella, principalmente a las comunidades rurales y nativas. Más aún, no es infrecuente hacer de cultura un sinónimo de civilización, con lo cual se entiende que la intervención es una labor civilizatoria, que en el caso de la comunicación y promoción de la salud se traduciría simplemente en la incorporación de hábitos nuevos, más civilizados, en los pobladores; hábitos que darían lugar a comportamientos saludables. Este sesgo se expresa también en la polaridad saber-creencia, donde el saber es parte del 'yo' que interviene y la creencia es asignada a un 'ellos' objeto de la intervención.

También es frecuente que la palabra 'cultura' se use para amalgamar creencias y costumbres nativas o autóctonas, diametralmente opuestas en sus valores y apreciaciones a la cultura occidental dominante, y en último término irreductibles a ella. Lo que se pretende con este enfoque es dar expresión a las diferencias como barreras

culturales infranqueables, que explicarían sin grandes complicaciones los fracasos de las intervenciones ensayadas hasta el momento.

Si partimos por reconocer que la cultura es un conjunto de valores, normas y 'construcciones' propios de un grupo social, abierto sin embargo a la interacción con otros conjuntos análogos, veremos que la transformación de los propios presupuestos por contacto con otras culturas es un fenómeno real e inevitable. Desde esta perspectiva, debe reconocerse que la comunicación y promoción de la salud es una práctica esencialmente intercultural.

De tal forma, la cultura no se asume como una determinación dada, inerte y estática, sino como el campo mismo de la interacción, condicionante, pero a la vez objeto de reflexión, debate y transformación. Las culturas están conformadas por una dinámica de permanencia y cambio, de mutua influencia y de tensión constante entre la homogeneización y la diferenciación.

### **3. De la participación comunitaria o la participación ciudadana en la promoción de la salud**

La participación comunitaria ha sido la bandera de diversos discursos 'salubristas', desde quienes adoptaban posturas socialistas hasta los neoliberales de las reformas de los años 90, que buscaban el empequeñecimiento del Estado y el traslado de responsabilidades a las comunidades. En el contexto de la Atención Primaria de la Salud, el contingente de promotores comunitarios significó para los diversos programas mano de obra barata (Arroyo, 2000), hecho que pone de manifiesto un tipo de participación operativamente funcional para la planeación de élite y centralizada de los organismos del sector salud. Otras experiencias han buscado generar participación comunitaria en la toma de decisiones, como por ejemplo los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), que fueron creados a iniciativa del Gobierno y tomaron diversos rumbos, desde la subordinación de los líderes de la comunidad - cuestionando su representatividad y legitimidad- hasta crecientes experiencias de ciudadanía de las comunidades, que lograron consolidarse como medios de presión a las autoridades del sector.

La perspectiva de participación ciudadana implica una determinada concepción de la relación individuo - Estado, que toma al ciudadano como sujeto de derechos, entre los que sobresale el derecho a la salud. El concepto de participación ciudadana connota un ejercicio efectivo de los derechos políticos para construir verdaderas democracias participativas, donde los ciudadanos son interlocutores permanentes del Estado, la sociedad política y la sociedad económica, a través de diversos mecanismos de gestión y vigilancia.



la sinergia requerida para que tanto los saberes integrados como las acciones sumadas generen los cambios que se proponen en los proyectos.

Una evidencia de lo mencionado se refleja en el hecho de que un 70% de los equipos encargados de realizar tareas de comunicación y promoción de la salud está conformado exclusivamente por profesionales de la salud. Profesionales de la comunicación, así como científicos sociales (sociólogos, antropólogos, economistas, trabajadores sociales) tienen una presencia realmente limitada, de 6% en el primer caso y 2% en el segundo. A ello debe sumarse la autoevaluación de los equipos de trabajo pluridisciplinario, como es el caso de la reflexión de autoanálisis emprendida por el Grupo Temas y el Instituto de Desarrollo Ambiental (IDEA) de la Pontificia Universidad Católica. De esta última experiencia hay registros pormenorizados y talleres que promueven la producción creativa de proyectos de desarrollo constituidos a partir de la confluencia entre disciplinas que van de las ciencias naturales a las exactas, pasando por las del lenguaje, del sujeto, etc.

### **De la intersubjetividad a la interinstitucionalidad**

Pensamos que una propuesta de transformación de conductas habituales, como la que aquí se plantea, no funcionaría sin alianzas interinstitucionales. Los sujetos, como actores sociales, comparten el escenario de lo cotidiano con instituciones en las que se agrupan, que los representan, que les ofrecen servicios y con las que se construye el entramado vital que es la cultura.

La salud comunitaria, así como el desarrollo social y humano, es el producto de relaciones moduladas entre los actores sociales y el peso que tienen las instituciones en estas dinámicas. Las instituciones sociales son, a la vez, generadoras y medios de la comunicación, y sin su participación no existe probabilidad de impacto.

En el punto que corresponde a los actores, se expone una muestra de las instituciones que tienen un papel vital en los procesos de comunicación para la salud. Se reconocen, entre estos actores, a los medios de comunicación masivos y a aquellos que se definen como comunitarios, entre los cuales está la infraestructura comunitaria (física o simbólica) que permite las interacciones comunicativas entre grupos pequeños y medianos.

Las comunidades cuentan también con organizaciones representativas de la identidad colectiva. Ellas ofrecen la posibilidad de establecer nexos imprescindibles para cuajar e implementar eficientemente una estrategia de comunicación dirigida a producir cambios de comportamiento.

En nuestro país, a la crisis de institucionalidad política se contraponen la gran movilidad y la solidez de la institucionalidad barrial, local, regional, conducida por

actores sociales de base, cuyo liderazgo es fundamental para la comunicación. Estos son mediadores y, a la vez, agentes del cambio.

### III. SINERGIA, PROPUESTA OPERATIVA

El desarrollo de nuevas formas de acción en el campo de la comunicación y promoción de la salud nos exige propuestas innovadoras y de largo alcance. La forma de lograr los mejores resultados en las intervenciones es generar un ambiente interactivo y sinérgico entre las instituciones involucradas con la salud y el desarrollo humano.

Para ello, los diseños estratégicos deberán ser elaborados de manera participativa, integrando a los diferentes actores de la localidad o región; esto implica modificar las formas tradicionales de planificación de la comunicación y promoción de la salud que imperan en las instituciones.

La existencia de una “plataforma de comunicación social para la promoción de la salud” haría de esta el espacio pertinente para impulsar procesos de planificación participativos y de generación de consensos en este campo, pero a la vez supone retos académicos —formativos y de investigación— que reclaman mantener la agudeza crítica para asumir modificaciones parciales o cambios estructurales donde estos sean requeridos.

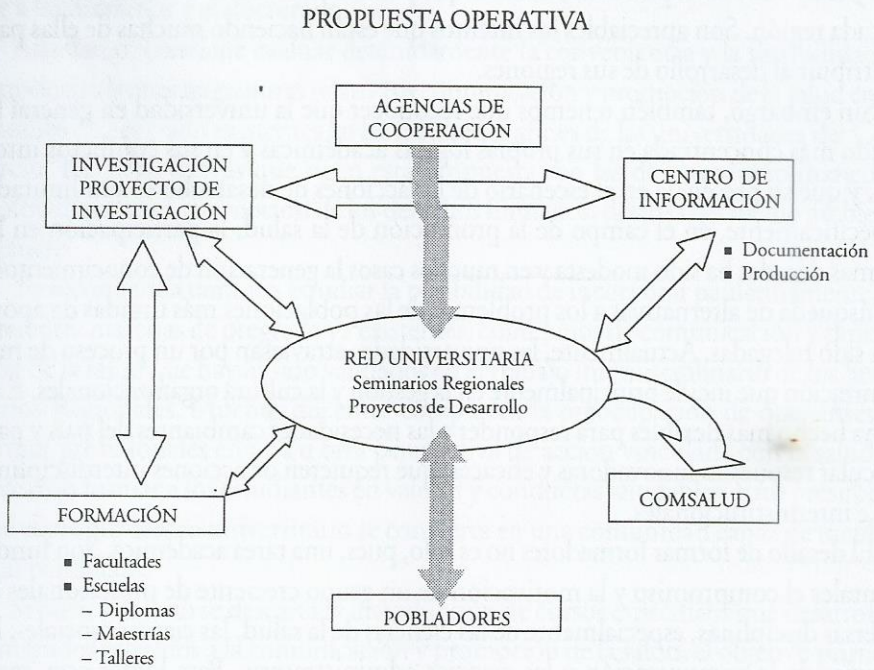
El aprendizaje de la comunicación en salud parte de reconocerla como un proceso y no un cúmulo de productos. Cada etapa de la comunicación debe ser diseñada con un sentido estratégico y conectada de manera interactiva con las demás.

Se debe también retomar la realización de diagnósticos de comunicación que hablen de los procesos y los usos históricos y culturales de la salud, con un peso particular, más definido y profundo, en las indagaciones de las líneas de base usuales. Es importante aprender a construir indicadores de comunicación para la salud basados en aspectos culturales.

A una red interuniversitaria le estaría encomendada la tarea de desarrollar procesos de sistematización desde la visión de los agentes comunitarios y las comunidades, que permitan abordar con seriedad y rigor sus percepciones y valoraciones en el campo académico y fomentar, además, el encuentro de los intelectuales y los pobladores, de los programas de salud y los agentes regionales, con la finalidad de propiciar el desarrollo de procesos de planificación concertados.

El recurso a las prácticas preprofesionales y las pasantías otorgadas por las universidades a los futuros comunicadores podría reforzar enormemente los programas de salud de las diferentes instituciones y facilitaría los procesos de planificación conjunta y el desarrollo de estrategias de largo aliento.

El recurso a un espacio anual de encuentro, propuesto con el nombre COMSALUD, se convertiría en una posibilidad para presentar, intercambiar y discutir las estrategias de comunicación que se aplican para la promoción de la salud desde los Seminarios Regionales desarrollados en cada universidad local.



## 1. Propuesta de Desarrollo de Recursos Humanos (Formación)

### *Formación de profesionales y estudiantes universitarios*

Una comunicación y promoción de la salud integradora y progresista requiere del concurso amplio de profesionales de diversas disciplinas, competentes y comprometidos. Para esto, es necesario promover el desarrollo de competencias a diversos niveles, modificar y ajustar perfiles profesionales, estimular la formación de recursos humanos críticos, etc. Esto implica actuar en diversos planos simultáneamente, aprovechando las capacidades existentes y desarrollando las que faltan.

El estudio puso de manifiesto que en el país existen las capacidades suficientes para poder sostener una actividad adecuada de comunicación y promoción de la salud, pero que estas están dispersas. Por tanto, la tarea fundamental en el campo del desarrollo de recursos humanos es la integración de estas competencias desde diversas

disciplinas e instituciones. Se reconoce que las universidades del Consorcio han desarrollado una serie de áreas de excelencia que, complementadas entre sí, pueden ser el soporte cognitivo y tecnológico de un plan integral de desarrollo de recursos humanos para la comunicación y promoción de la salud. Asimismo, se reconoce que a pesar de las limitaciones de las universidades de las regiones prioritarias, estas tienen indudables y muy valiosas capacidades aisladas que permitirían fortalecer las competencias en cada región. Son apreciables los intentos que están haciendo muchas de ellas para contribuir al desarrollo de sus regiones.

Sin embargo, también tenemos que reconocer que la universidad en general ha estado más concentrada en sus propias lógicas académicas y en sus conflictos internos, y que su presencia en el escenario de las acciones de desarrollo es aún limitada. Específicamente, en el campo de la promoción de la salud, la participación en las últimas décadas ha sido modesta y en muchos casos la generación de conocimientos y la búsqueda de alternativas a los problemas de las poblaciones más urgidas de apoyo han sido relegadas. Actualmente, las universidades atraviesan por un proceso de modernización que incide principalmente en la gestión y la cultura organizacionales. Esto las ha hecho más flexibles para responder a las necesidades cambiantes del país y para articular respuestas innovadoras y eficaces, que requieren de acciones interdisciplinarias e interinstitucionales.

El desafío de formar formadores no es solo, pues, una tarea académica. Son fundamentales el compromiso y la motivación de un grupo creciente de profesionales de diversas disciplinas, especialmente de las ciencias de la salud, las ciencias sociales, las ciencias de la comunicación y las ciencias administrativas. Para lograr esta 'masa crítica' proponemos un sistema de formación a partir de grupos de profesionales de diferentes áreas, que se constituyan en un equipo de liderazgo y que individualmente conformen otros grupos semejantes, de modo que se pueda iterar la experiencia inicial de manera progresiva.

A mediano plazo, se podría llegar a la creación de un doctorado en comunicación y promoción de la salud que estaría orientado a un grupo interdisciplinario de profesionales con motivación y experiencia en el campo de comunicación y promoción de la salud, procedentes de las universidades del Consorcio y de otras universidades. La estrategia educativa de este doctorado estaría centrada en una formación académica de alto nivel, construida sobre la base de un contacto participativo con los programas de desarrollo. El doctorado sería de corresponsabilidad de las universidades del Consorcio, con el apoyo técnico y financiero de agencias de cooperación internacional.

También en un mediano plazo, sobre las base de las experiencias de trabajo interdisciplinario e interinstitucional se podrían crear diversas maestrías con menciones específicas en temas vinculados con la comunicación y promoción de la salud. Al igual



que los doctorados, la formación en las maestrías estaría basada en la investigación académica directamente asociada con las experiencias de intervención.

Los diplomas en comunicación y promoción de la salud podrían constituirse en los proyectos pilotos que permitan poner a prueba la metodología de trabajo interinstitucional e interdisciplinaria, estrechamente vinculada a la práctica, que debe caracterizar a las maestrías y al doctorado.

Asimismo, conviene evaluar detenidamente la conveniencia y la factibilidad de introducir algunas asignaturas relativas a comunicación y promoción de la salud en los estudios de pregrado existentes en las facultades afines de las universidades del Consorcio. Las perspectivas que rigen esta propuesta son las de interdisciplinarietà, multiculturalidad, promoción de los derechos humanos, defensa del medio ambiente y género.

Se recomienda también estudiar la posibilidad de incorporar paulatinamente, en diferentes materias de pregrado ya existentes, contenidos de comunicación y promoción de la salud que hayan sido validados en el trabajo interdisciplinario de los Seminarios Regionales. Muchos docentes comparten la preocupación de que, antes de formar profesionales en una u otra perspectiva de acción vinculada con la salud, es necesario formar a los estudiantes en valores y conductas saludables. Esto presupone que el propio centro universitario se convierta en una comunidad capaz de inculcar estas conductas.

Si bien, pues, no se descarta la introducción de cursos específicos que desarrollen contenidos referidos a la comunicación y promoción de la salud, el objetivo primero es lograr que las universidades sean centros promotores de una visión integral del problema, lo que implica que sus estudiantes y profesores sean agentes de una transformación que va más allá de los cursos y los programas de estudio.

Para lograr estos propósitos formativos integrales, que intentan ir más allá del esquema tradicional de la enseñanza en el aula, es necesario concentrar esfuerzos en la conformación de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales de alumnos y profesores, que desarrollen prácticas específicas en el campus y trabajos de campo en zonas urbanas y rurales en estrecha coordinación con los principales proyectos de desarrollo que se implementen en la región, de modo que con su presencia crítica y su colaboración desinteresada se pueda brindar a las intervenciones la orientación que se reclama desde la comunicación y promoción de la salud.

Es una demanda manifestada insistentemente por los profesores considerar que los estudiantes solo pueden contribuir a la solución de los problemas sociales si tienen una actitud comprensiva, que es imposible lograr desde una visión tradicional de la formación universitaria. Frecuentemente se atribuye al comunicador el papel de intermediario entre los profesionales y la comunidad por su entrenamiento en la elabora-

ción y la difusión de mensajes, pero esta es una competencia que deben tener todos los profesionales que realizan acciones de intervención.

Es perfectamente factible promover proyectos de investigación con participación de alumnos de diversas facultades e incluso de diferentes universidades, pero es además necesario que estos proyectos de investigación estén asociados con proyectos de intervención, para que el beneficio sea mutuo. El Consorcio de Universidades ha tenido éxito en este sentido, a través de la convocatoria a un concurso anual para premiar proyectos de responsabilidad social elaborados por estudiantes de sus universidades. Es requisito indispensable para participar que por lo menos dos de las cuatro universidades del Consorcio estén representadas en cada grupo concursante. Este modelo de investigación académica interinstitucional aplicada al desarrollo puede también aplicarse en la red interuniversitaria que aquí se propone.

### *Formación de agentes comunitarios en salud*

Cuando uno indaga sobre las experiencias en el campo de la promoción y comunicación en salud de los actores locales comprueba la alta creatividad que se desarrolla en fechas específicas del calendario (Lactancia Materna, Tuberculosis, SIDA, Medio Ambiente, entre otras), a pesar de las limitaciones económicas y materiales. A la vez, son evidentes las grandes expectativas, tanto del personal de salud como de los agentes comunitarios y de los promotores de las ONG, por desarrollar con efectividad sus estrategias de promoción, educación o comunicación para la salud, a fin de que la población participe. De alguna manera, consideran que la participación o movilización social contribuye a promover una nueva actitud frente a la salud y, por ende, una mejora en sus prácticas y estilos de vida.

A pesar de que el Ministerio de Salud, las ONG y los programas de las iglesias coordinan usualmente las actividades de promoción con los agentes comunitarios de salud (promotores, promotoras, parteras), se percibe claramente que se establece una cierta relación utilitaria con este importante recurso humano. Por su parte, en los agentes también coexisten variadas formas de percibir, valorar y trabajar la salud con estas instituciones.

Una oferta institucional permanente y común a todas estas organizaciones son los talleres. Estas actividades son frecuentes tanto por el MINSA como por las ONG, dado que forman parte de sus metas productivas (número de promotores capacitados). Asimismo, las reuniones de coordinación para promover actividades de comunicación o campañas son reiterativas en todas las direcciones regionales de salud.

La transformación, mejora o eventualmente ruptura con estos hábitos y modelos de formación que se expresan en los talleres deben ser parte de un proceso de reflexión

y de análisis cuidadoso, llevado a cabo con la participación de las propias instituciones y los agentes comunitarios.

La tarea, en ese sentido, es proponer y desarrollar una agenda de trabajo entre las entidades formadoras, las direcciones de salud, las ONG y demás instituciones involucradas para revisar metodología y propuestas teóricas vigentes.

Con frecuencia, el impacto de los medios de comunicación local suele ser sobreevaluado por los agentes comunitarios. Incorporar a los medios de comunicación en estos foros locales es fundamental para el proceso de desarrollo de competencias de los agentes comunitarios en comunicación y promoción de la salud. Particularmente, las emisoras radiales juegan un papel preponderante en la vida local y comunal que no puede ser desconocido por ninguna aproximación estratégica seria al problema de la formación de capacidades locales.

En lo que toca a las culturas locales, el encuentro, el intercambio y la frecuencia de trato que con ellas lleguen a tener los formadores de agentes locales es crucial. Es necesario hacer un estudio riguroso de las formas de liderazgo en las comunidades y trabajar de lado de los agentes comunitarios para enriquecer esos estudios y potenciar los liderazgos que conducen a los pobladores a formas de vida más saludables.

Sobre una base de conocimientos antropológicos y sociológicos, será posible proponer y discutir con los agentes comunitarios el diseño de los mejores modelos de aprendizaje y las mejores estrategias de comunicación en temas de salud. No es posible pensar en un solo modelo de capacitación, sino que esta deberá ser pertinente a cada realidad cultural, validada desde procesos de consulta y recojo de opinión, para que se pueda construir un marco de competencias y habilidades sólido, sostenible en el tiempo y con pleno sentido para los pobladores.

Los importantes cambios producidos en las últimas décadas en la tecnología de la comunicación han puesto a nuestro alcance la posibilidad de trabajar en redes. Cada individuo, sin importar en dónde se halle, está en la red. Las estaciones de trabajo conjunto están esparcidas a cientos de kilómetros de distancia.

### Propuesta para la formación de agentes comunitarios

Es necesario desarrollar una agenda de trabajo entre las entidades formadoras (CONSORCIO, universidades regionales y el IDREH - ex ENSAP) con las direcciones de salud, las ONG y aquellas instituciones que sostienen su trabajo con la presencia de agentes comunitarios de salud. Los puntos básicos de esa agenda podrían ser:

1. Perfiles actuales de los agentes comunitarios de salud para la comunicación y promoción de la salud.

2. Niveles de conocimiento y competencias a alcanzar en los temas de salud, medio ambiente y comunicación y promoción de la salud.
3. Niveles de habilidades para desarrollar y poner en práctica en su comunidad lo aprendido (valoración basada en el desempeño).
4. Niveles de evaluación y participación en las decisiones locales de salud.

Las líneas de trabajo que se podrían desarrollar con las emisoras radiales (de manera específica) para los agentes comunitarios serían:

1. Trabajar una línea de promotores radiales de la salud y medio ambiente, creando espacios de formación con las emisoras y las entidades formadoras.
2. Sostener con los recursos humanos y técnicos de las universidades la producción de espacios educativos dirigidos a los agentes comunitarios de manera sistemática, recreando los formatos.
3. Promover la creación de espacios informativos y educativos a cargo de los agentes comunitarios.

Se recomienda la elaboración de mapas histórico culturales de la salud, levantados sobre la base de estudios antropológicos y sociológicos que permitan entender mejor qué concepciones de salud existen en el país. Esta tarea es fundamental para comprender y reconocer las lógicas culturales respecto al nacimiento, el contagio, la enfermedad y la muerte; cómo se articulan a un concepto de vida o bienestar; qué significado le dan a sus entornos ambientales y a los recursos que son vitales para su subsistencia.

Los proyectos de desarrollo relacionados a la informática se convierten en una posibilidad que debe ser explotada, sobre todo por el uso intensivo de Internet por parte de los jóvenes. El reto consiste en hacer llegar, por este medio, información de calidad sobre salud de acuerdo con sus expectativas e intereses y respetando los contextos culturales donde viven y crecen. Se trata de la producción de material informativo de salud de alta calidad, presentado en paquetes específicos y puesto en línea a través de un portal del Consorcio que contenga, además, toda la información vinculada a las actividades de la red interuniversitaria en el país.

## 2. Investigación en y para la Comunicación y Promoción de Salud

En una propuesta integral de desarrollo de capacidades para la comunicación y promoción de la salud se hace indispensable fortalecer las capacidades de generación de nuevos conocimientos relevantes y oportunos para el desarrollo de respuestas efica-

ces y eficientes a los problemas de comunicación y promoción de la salud, en la perspectiva de la promoción del desarrollo.

Como se ha señalado, estos nuevos conocimientos, por la naturaleza compleja del objeto de estudio, deberán ser generados en el marco de investigaciones interdisciplinarias. Es indispensable generar reflexiones y hallazgos donde las distintas dimensiones (comunicacionales, sociales, políticas, económicas, biológicas, etc.) de los objetos de investigación sean abordadas de forma tal que se note la complejidad de la realidad de estudio y se genere, a la vez, una dinámica de generación de consensos acerca de los diagnósticos y las respuestas más eficaces.

Asimismo, es necesario implementar una política de investigación que permita generar información agregada, regional y nacional, como también información que dé cuenta de las diversidades sociales, culturales y políticas en cada región.

### *Propuesta de líneas de investigación*

- **Investigación estratégica.**- Su objetivo es generar nuevos conocimientos sobre los problemas sociales para influir en las políticas de comunicación y promoción de la salud. Son estas investigaciones las llamadas a alimentar la agenda de intervención actual, porque dan cuenta de nuevos problemas sociales a los cuales hay que responder o de dimensiones novedosas de los problemas considerados previamente. El estudio ha identificado una demanda de conocimientos importante entre los implementadores de programas y proyectos de comunicación y promoción de la salud, principalmente sobre las temáticas de sexualidad, salud sexual, salud reproductiva, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

Entre los nuevos problemas relacionados a la promoción de la salud, aparecen la vivencia de la tercera edad, la salud mental, la salud ambiental y la investigación en sexualidad, reproducción y violencia desde la perspectiva de los derechos humanos.

Asimismo, es necesario relacionar la respuesta comunitaria y la del Estado en comunicación y promoción de la salud, como parte del problema y su solución; es decir, observar las intervenciones, ya sean servicios o actividades de proyectos, como campo comunicativo.

- **Investigación para la vigilancia social del derecho a la salud.**- Se hace necesario convocar al desarrollo de investigaciones que generen información relevante para la vigilancia social del derecho a la salud, que conllevaría a un diseño de productos específicos. Como se ha señalado ya, es necesario generar investigaciones que den cuenta de lo que se concibe desde las poblaciones como derecho a la salud, así como los procesos de apropiación de sus derechos. Hacen falta investigaciones

que den cuenta del ejercicio de los derechos a la salud en sus distintas dimensiones y también investigaciones que expliciten los condicionamientos sociales e institucionales que limitan y que posibilitan el ejercicio del derecho a la salud. Entre estas se hallan los estudios legales o de abogacía en salud.

- **Investigación operativa.**- Se hace imprescindible promover investigaciones que se orienten a mejorar las intervenciones (programas, proyectos y servicios) en comunicación y promoción de la salud.

Se deberán potenciar los diagnósticos participativos y autodiagnósticos que posibiliten acercarse a la delimitación de la problemática desde las propias poblaciones, así como identificar sus prioridades. Asimismo, deberán desarrollarse diagnósticos estratégicos que den cuenta de los actores locales, sus visiones e intereses, y que alimenten la planificación estratégica institucional, local o regional.

Como se desprende de lo dicho en puntos anteriores de este documento, se deberá promover la investigación - acción orientada a evaluar estrategias de intervención en comunicación y promoción de la salud. Estos estudios son proyectos de investigación que contienen intervenciones específicas (proyectos pilotos) con dos objetivos: generar recomendaciones a las instituciones de intervención con programas de mediano y largo plazo y nutrir paralelamente a los programas de formación.

En efecto, un eje aún desatendido por las instituciones de formación es el de la sistematización de las experiencias. Muchas instituciones vienen desarrollando experiencias valiosas en el campo de la comunicación y la promoción de la salud, pero tienen como límite de su conocimiento la posibilidad de transmitir lo aprendido de manera sistemática y apropiada hacia otros actores, tanto de formación como de intervención. Para estos últimos, sería importante conocer las lecciones aprendidas y así posibilitar acciones más eficaces e intervenciones más eficientes. Se propone desarrollar la sistematización de experiencias con estrategias tipo en las temáticas regionales priorizadas, de tal forma que se constituya un conocimiento acumulado a modo de historial de lecciones aprendidas en los diversos contextos de intervención.

- **Investigación para la evaluación.**- Un enfoque basado en la eficiencia de las intervenciones estatales ha mostrado la pertinencia de llevar a cabo evaluaciones técnicas con indicadores de resultados y, particularmente, de impacto. El viraje de la comunicación y promoción de la salud hacia el desarrollo y el afán de no limitarla a la negación o prevención de la enfermedad exigen reflexionar críticamente y con creatividad acerca de los indicadores utilizados hasta ahora. Este es un reto que las instituciones académicas no pueden eludir.

También se hace necesario reflexionar y proponer indicadores cualitativos de impacto que complementen la contribución de los indicadores cuantitativos, que



Las universidades regionales, en cuanto entes ligados directamente con el desarrollo de sus respectivos pueblos y, al mismo tiempo, miembros prominentes de la sociedad civil, pueden servir como instrumentos de coordinación regional entre estos distintos actores sociales. Al mismo tiempo, las universidades regionales pueden potenciar su labor al asociarse con las universidades del Consorcio en la Red Universitaria para el Desarrollo<sup>3</sup>. Con el concurso de las universidades capitalinas, que por su prestigio pueden servir de nexos y motores de la red, se aspira a lograr la sinergia necesaria para convertir a las universidades en espacios regionales de convocatoria. Por otra parte, las universidades de la red han de constituirse ellas mismas en comunidades saludables.

Las líneas generales de intervención en comunicación y promoción de la salud deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Creación de una Red Universitaria para el Desarrollo que trabaje los temas de comunicación y promoción de la salud. Esta red será un espacio de reflexión interdisciplinaria, de convocatoria y coordinación interinstitucional, de intercambio de información especializada y de intercambio de experiencias.
- Asimismo, al interior de la red se brindará asesoramiento de instituciones de educación superior para la autoevaluación, gestión administrativa y acreditación.
- Las universidades se convertirán en espacios de encuentro entre instituciones dedicadas a la comunicación y promoción de la salud en la perspectiva del desarrollo, tanto a nivel regional como nacional e internacional.
- A través de los Seminarios Regionales para el Desarrollo, auspiciados por la Red Universitaria, se logrará el fortalecimiento de la proyección social universitaria local, entendida como un acercamiento recíproco en pro del desarrollo entre la universidad y la comunidad y como un espacio reestructurado de formación profesional.
- Los Seminarios Regionales permitirán ligar la investigación y la producción universitaria con las necesidades de la población local y regional.
- El hecho de que la actividad anual de cada Seminario Regional se halle en red, es decir, que pueda ser conocida en cualquier momento por miembros de otras universidades de la red, permitirá que la Red Universitaria se halle en condiciones de realizar contribuciones sustantivas a la discusión nacional sobre los temas de comunicación y promoción de la salud y otros temas ligados con el desarrollo humano.

.....  
<sup>3</sup> Tarea iniciada a partir de este estudio y materializada en la reunión de setiembre ya mencionada.



En el Perú son frecuentes las situaciones de emergencia y riesgo, que además de los daños directos que ocasionan, producen descontentos, caos y paralización de las poblaciones afectadas. Todo ello exige formas inmediatas de intervención y articulación de esfuerzos y recursos, además de las orientaciones preventivas y de cuidado, lo cual es parte de las acciones de comunicación para la promoción de la salud. Se reunirán expertos de comunicación para el control de riesgos, que diseñarán respuestas rápidas y pertinentes a estas situaciones límites.

#### 4. Gestión y acceso a recursos

De acuerdo con los testimonios recogidos, uno de los graves obstáculos a vencer con el fin de realizar una comunicación para la salud eficaz reside en la dificultad para acceder a la información apropiada. Por ello, proponemos aquí la creación de un **Centro Nacional de Información para la Comunicación y la Promoción de la Salud**, con infraestructura física y equipamiento tecnológico adecuados para prestar los siguientes servicios:

- **Centro de Documentación para la Comunicación y Promoción de la Salud.**- Se tratará de un organismo desburocratizado, diseñado para archivar y poner al servicio de la comunidad y los comunicadores especializados, de manera física y virtual, documentos, informes, investigaciones, etc. producidos por los investigadores del propio centro, por las instituciones del Estado y otros organismos, así como por investigadores particulares, nacionales y extranjeros.
- **Sala de convenciones del Centro.**- Diseñada para la realización de encuentros, actividades académicas y reuniones especializadas, con instalaciones y equipos apropiados.
- **Departamento de Producción del Centro.**- En él se producirán materiales impresos y audiovisuales y programas radiales, videográficos e informáticos. Además, se dará asesoría para la producción externa de los mismos, en la medida en que tengan que ver con proyectos de comunicación y promoción de la salud.
- **Departamento de Investigación del Centro.**- Buscará combinar creativamente la investigación con la formación universitaria y la intervención en proyectos y programas de comunicación y promoción de la salud. Este sería, además -debido a la creación de la red- un espacio a la vez físico y virtual, central y descentralizado, para la formación presencial y a distancia de comunicadores para la salud en las regiones.

- **Portal de Comunicación y Promoción de la Salud.**- El alma del Centro y de la Red Universitaria será la localización, el mantenimiento y la actualización permanente de un sitio *web* con información sobre:

- Relación y enlaces a las bibliotecas, hemerotecas y centros de documentación en los que exista información sobre comunicación y promoción de la salud en el Perú y el mundo.
- Enlaces a las páginas *web* en las que exista información relevante sobre comunicación y promoción de la salud.
- Acceso en línea a investigaciones realizadas en este campo.
- Directorio de investigadores.
- Agencias de cooperación internacional que tengan este campo entre sus rubros.
- Programas y proyectos estatales.
- Universidades y centros de formación en el mundo que ofrecen becas de estudios de posgrado y doctorado.
- Enlaces con dependencias estatales que producen información estadística pertinente para la comunicación y la promoción de la salud.
- Registro de medios de comunicación (radio, televisión, periódicos, revistas) del país.
- Información actualizada sobre las actividades realizadas por los Seminarios Regionales de la Red Universitaria para el Desarrollo.

## 5. Redes y espacios de encuentro: Plataforma de comunicación social para la salud

La creación de la Plataforma se convierte en una oportunidad para tener una visión integral y crítica de las experiencias y prácticas locales-regionales de comunicación en salud; a la vez permitiría la reflexión, el análisis y la sistematización con miras a generar modelos de intervención bajo el enfoque de comunicación en salud para el desarrollo humano.

Se busca que la Plataforma se convierta en un espacio con capacidad de convocatoria y técnica para enfrentar los retos comunicacionales que plantea la promoción de la salud y que pueda convertirse en un modelo estratégico que involucre a las familias, su entorno e instituciones sociales en su conjunto. Dentro de ello, los enfoques transversales son: interculturalidad, equidad, ciudadanía en salud y participación social.

La dinámica de trabajo se plantea como un proceso de priorización y planificación estratégica, intersectorialidad, desarrollo de alianzas, descentralización y participación comunitaria.

La Plataforma estaría destinada a convocar y articular los esfuerzos de las instituciones y organizaciones sociales en la perspectiva de reforzar y ser efectivos con las acciones de comunicación social para la promoción de la salud.

Tendría las siguientes funciones:

- Construir una agenda de salud con todos los actores sociales involucrados.
- Conocer, complementar e integrar las propuestas de comunicación que se realicen para los diversos temas de salud y medio ambiente.
- Formular y canalizar proyectos de comunicación en salud y medio ambiente.
- Organizar Seminarios Regionales, con base en las universidades, que complementen y conjuguen recursos técnicos, económicos y humanos.
- Producir material educativo y comunicacional en salud desde una visión integral y de alianzas entre las instituciones involucradas.
- Convertirse en un lugar de referencia y consulta informativa en salud para las instituciones, organizaciones y para la población (memoria histórica y cultural de la comunicación y promoción de la salud).
- Incentivar la investigación sobre aspectos culturales en salud.
- Canalizar expectativas y demandas de capacitación y formación de recursos humanos en los temas de comunicación y promoción.
- Registrar y acceder a todos los recursos comunicacionales existentes. Crear líneas de interacción con estos recursos.
- Generar indicadores específicos a la promoción y comunicación para la salud.
- Desarrollar líneas de trabajo específicas con los medios de comunicación local.
- Explorar y diseñar propuestas para un trabajo a través de redes informáticas locales. Considerar al Proyecto Huascarán y las demandas informativas que se generen a partir de él.

## PROYECTO COMSALUD

Como parte del proceso de construcción y fortalecimiento de la Plataforma de Comunicación Social para la Promoción de la Salud y de los Seminarios Regionales, y ante la creciente demanda de desarrollar procesos de intercambio y sistematización de experiencias, el Consorcio de Universidades considera conveniente promover una reunión anual donde las experiencias de comunicación y promoción de la salud sean presentadas por sus protagonistas.

En esa perspectiva, la primera reunión se realizaría el 2003, con una amplia convocatoria y participación abierta. Además, en COMSALUD se realizarían ferias itine-

rantes y concursos, donde se expondrían las estrategias, los productos comunicacionales y educativos e ideas innovadoras para la comunicación y promoción de la salud.

En COMSALUD se presentarían también los mejores trabajos periodísticos, incluyendo una convocatoria a los periodistas escolares que están presentes en zonas urbanas. También se presentarían las mejores tesis e investigaciones realizadas en el campo de la comunicación y promoción de la salud.

El CONSORCIO se asociaría con el MINSA, MINED, PROMUDEH, ForoSalud, diversas ONG y agencias cooperantes para lanzar la convocatoria.

Los Seminarios Regionales expondrían en COMSALUD una vez al año sus experiencias, previamente sistematizadas y evaluadas en el trabajo conjunto de la Red.

Este libro se terminó de imprimir en  
los talleres de Gráfica Delvi S.R.L.  
Av. Petit Thouars 2009 - Lince  
Telf. 471-7741 , 265-5430  
en el mes de enero de 2004



## INVESTIGADORES

Humberto Castillo  
e-mail: [hcastillo@upch.edu.pe](mailto:hcastillo@upch.edu.pe)

Hugo Aguirre  
e-mail: [haguirre@pucp.edu.pe](mailto:haguirre@pucp.edu.pe)

Rocío Valverde  
e-mail: [11884@upch.edu.pe](mailto:11884@upch.edu.pe)

Estela Roeder  
e-mail: [estelarueder@viabcp.com](mailto:estelarueder@viabcp.com)

Ana María Cano  
e-mail: [acano@felafacs.org](mailto:acano@felafacs.org)



El concepto de Comunicación en Salud se ha convertido en un eje básico de la preocupación por el desarrollo en nuestros países. Alrededor de él giran diversos aspectos centrales de esta problemática, como ciudadanía, equidad, calidad de vida, bienestar y felicidad. El enfoque que se ofrece pretende superar la manera como históricamente se ha abordado la salud en el Perú, entendida desde percepciones negativas y extremas, como la enfermedad y la muerte. El objetivo es devolver a las personas la capacidad de manejar su salud y desarrollar estilos de vida saludables desde un enfoque reflexivo, positivo y crítico.

Bajo esa nueva perspectiva, el Consorcio de Universidades desarrolló entre marzo y setiembre del año 2002 el proyecto de investigación titulado "Estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación y Promoción de la Salud", que aquí presentamos. Este Estudio contiene seis capítulos, denominados "Productos", cada uno dedicado a distintos aspectos de la Promoción y Comunicación para la Salud. El propósito de la investigación fue trazar líneas de acción de largo plazo, orientadas en general a contribuir a una vida saludable desde nuevos discursos y nuevas propuestas de acción. Los resultados obtenidos en los productos permitieron diseñar programas de formación de recursos humanos y de acción integrada y sostenible.

El Consorcio de Universidades recibió para esta investigación el apoyo del Proyecto Change/AED-Grupo Manoff, y el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las regiones seleccionadas para el estudio fueron Ayacucho (provincias de Huamanga, Huanta y La Mar), Cuzco (provincia de La Convención, distritos de Pichari, Quimbiri y Vilcabamba), La Libertad, Junín, Huánuco, Pasco, San Martín, Ucayali y Lima.