

# Diagnósticos regionales para el desarrollo de capacidades comunicativas

COMUNICACIÓN EN SALUD



Los equipos regionales encargados de realizar  
los autodiagnósticos estuvieron compuestos por:

**AYACUCHO**

*Guliana Pantoja Chihuán*, docente de la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga (UNSCH)  
*Albina Infante Beingolea*, docente de la Facultad de Obstetricia de la UNSCH  
*Felicitas Cordero Quispe*, docente de la Facultad de Enfermería de la UNSCH

**CUSCO**

*Samuel Paredes Calcina*, docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC)  
*Guisela Yábar Torres*, docente de la Facultad de Comunicación Social e Idiomas de la UNSAAC  
*Virginia Gonzáles Parí*, docente de la Facultad de Comunicación Social e Idiomas de la UNSAAC

**LA LIBERTAD**

*Juan Vásquez Sánchez*, docente de la Facultad de Educación y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de Trujillo (UNT)  
*Leslie Rossaza Valdívía*, docente de la Facultad de Enfermería de la UNT  
*Carmen Verau Moreno*, docente de la Facultad de Enfermería de la UNT

**JUNÍN**

*Miryam Soriano Camargo*, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Centro del Perú (UNCP)  
*Luz Consuelo Yallico Magde*, docente de la Facultad de Enfermería de la UNCP  
*Miguel Ramón Llulluy*, docente de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la UNCP  
*Alicia Merino Lozano*, docente de la Facultad de Enfermería de la UNCP

**HUÁNUCO**

*Denesy Palacios Jiménez*, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHEVAL)  
*Mary Maque Ponce*, docente de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL  
*José Quiroz Alvarado*, docente de la Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Académica Profesional de Comunicación Social de la UNHEVAL

**PASCO**

*José Sánchez Morales*, docente de la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión (UNDAC)  
*Virginia Espinoza Márquez*, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de la UNDAAC

**SAN MARTÍN**

*Maribel Becerril Iberico*, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento Académico de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín (UNSM)  
*Rosa Joseph Bartra*, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento Académico de Enfermería de la UNSM  
*Rosa Ríos López*, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento Académico de Obstetricia de la UNSM

**UCAYALI**

*José Lino Reyna Cortegana*, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Ucayali  
*Rolinda Falcón Riva Agüero*, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de la UNU  
*César Llaja Rojas*, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería de la UNU

COMUNICACIÓN EN SALUD

**Diagnósticos regionales  
para el desarrollo de capacidades  
comunicativas**



COMUNICACIÓN EN SALUD

# Diagnósticos regionales para el desarrollo de capacidades comunicativas



CONSORCIO DE  
UNIVERSIDADES

Hecho el Depósito Legal:  
1501162005-0884

© Consorcio de Universidades  
Plaza Francia 1164  
Lima-Perú  
web: [www.consortio.edu.pe](http://www.consortio.edu.pe)

Diseño integral: Edwin Núñez Ibáñez

Lima, febrero 2005

*Esta edición es de distribución gratuita.*

*Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro  
sin permiso escrito del editor.*

# Índice

Presentación	7
Introducción	9
<b>Capítulo I</b>	
<b>Contraste de las percepciones y actitudes de la población, el personal de salud, las autoridades y las promotoras frente a la problemática de la salud y la comunicación</b>	<b>15</b>
I. Procesamiento de autodiagnósticos	17
Región 1: Ayacucho	19
Región 2: Cusco	32
Región 3: Huánuco	49
Región 4: Junín	61
Región 5: La Libertad	72
Región 6: Pasco	85
Región 7: San Martín	96
Región 8: Ucayali	109
II. Mirada conjunta de los ocho autodiagnósticos	116
Marco general de la investigación	116
Resultado global	118

1. Avances en los lineamientos en salud	118
2. Problemas de salud	122
3. Limitaciones en el sistema de salud	124
4. Demandas comunicativas y de atención de la población	125
5. Modelos y enfoques de comunicación	126
6. Capacitación en Comunicación en Salud	
7. Demandas de capacitación a la universidad	129
8. Logros, aprendizajes y fortalezas	129
Conclusiones	132
	136
<b>Capítulo II</b>	
<b>Conclusiones y recomendaciones de nivel regional y nacional</b>	141
I. Conclusiones sobre la problemática de salud y su relación con la comunicación	143
II. Recomendaciones para diseñar los módulos de capacitación	156
III. Relación entre los autodiagnósticos y el estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación y promoción de la salud	170

## Presentación

EL CONSORCIO DE UNIVERSIDADES, como parte de su trabajo de contribución a la reflexión y sistematización, presenta los Diagnósticos Regionales de Comunicación en Salud elaborados en el año 2003 en el marco del proyecto «Fortalecimiento de las capacidades nacionales de Comunicación en Salud», financiado por AED/Change, con el auspicio de USAID.

Este trabajo fue realizado como una actividad previa a la capacitación de actores de salud, para identificar la situación de la Comunicación en Salud en cada una de las regiones de intervención desde la percepción de los distintos actores y la población, y a partir de ello diseñar e implementar talleres de capacitación en las distintas regiones. Es decir, fue un instrumento de trabajo en el que confrontamos la diversidad de las realidades, pero al mismo tiempo los temas recurrentes que aparecían en las regiones.

Los diagnósticos fueron elaborados en el trabajo conjunto entre el equipo del proyecto y los equipos docentes de cada región, provenientes de las universidades nacionales: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Universidad Nacional de Trujillo, Universidad Nacional del Centro del Perú, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Universi-



dad Nacional de San Martín y Universidad Nacional de Ucayali. A su vez, fueron presentados en talleres regionales, en los cuales se enriquecieron. Finalmente fueron discutidos entre todos los equipos, encontrando similitudes y diferencias.

La sistematización de este trabajo estuvo a cargo de Alicia Quezada, a quien agradecemos por la labor realizada. Asimismo, queremos agradecer a los equipos de las ocho regiones de intervención y a las docentes de Lima que dirigieron y monitorearon el trabajo: Rosa María Alfaro, Estela Roeder y Celia Aldana.

Dejamos para el final una mención especial a Silvio Waishord, de AED/Change, que en todo momento acompañó nuestro trabajo, con sus opiniones reflexiones y sugerencias; su apuesta por un trabajo desde el espacio universitario es también nuestra. A las personas que asistieron a nuestros talleres nacionales e hicieron sugerencias sobre el trabajo, como Ana Güezmes, Ximena Salazar y Mario Tavera, nuestro reconocimiento.

*Consortio de Universidades*

# Introducción

## Marco General

El proyecto *fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación en salud* es desarrollado por el Consorcio de Universidades con el financiamiento de AED/Change-USAID a partir de febrero del año 2003. El objetivo general del proyecto es la construcción de una sociedad saludable mediante el fortalecimiento de las capacidades existentes en el país acerca de la Comunicación en Salud, y su ejecución tuvo siete líneas de acción el primer año y cuatro el segundo.

El presente estudio –realizado en el 2003– se enmarca en la línea de capacitación, cuyo objetivo general es el de determinar las necesidades de capacitación y la demanda de entrenamiento en Comunicación en Salud, así como diseñar, implementar y evaluar programas de capacitación específicos.

Esta tarea constó de tres etapas en el primer año. En la primera etapa se realizó un plan operativo, se reunió a las ocho universidades participantes –fueron seleccionados 24 profesores, tres por cada universidad– y se llevó a cabo un taller de marco conceptual de Comunicación en Salud con la finalidad de que el equipo de trabajo tuviera puntos de partida comunes. En este taller se diseñó la

realización de autodiagnósticos regionales de Comunicación en Salud en cada una de las regiones.

En la segunda etapa se llevó a cabo un taller sobre competencias sociales y comunicativas con el fin de capacitar a los equipos docentes en estrategias y metodologías de intervención y diseñar los objetivos de una propuesta educativa y comunicacional en cada región. En esta segunda etapa, los profesores realizaron –previamente al taller nacional de competencias– una investigación sobre la situación de la comunicación y promoción de la salud, logrando un autodiagnóstico que se expuso en un taller en cada región y sirvió para el diseño de la capacitación. Así pues, se realizaron autodiagnósticos con participación de los actores de salud y líderes de la zona en ocho regiones del país: Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Pasco, San Martín y Ucayali. En el caso de Pasco y Ucayali, los profesores de las universidades hicieron los diagnósticos de sus regiones, pero no se llevaron a cabo talleres de presentación y discusión.

En la tercera etapa, en un taller nacional, se diseñaron las estrategias para la intervención y los módulos de capacitación de los cuatro talleres que se dictaron en cada región a los actores de salud: promotores, auxiliares, profesionales y autoridades. Para finalizar con la tarea de capacitación de la primera fase del proyecto, se realizó el primer encuentro sobre Comunicación en Salud (COMSALUD), donde se presentaron experiencias exitosas y lecciones aprendidas en el campo de Promoción y Comunicación para la Salud.

## Descripción

El presente es un texto que contiene el diagnóstico de Comunicación en Salud elaborado a partir de los resultados de los autodiagnósticos realizados por los profesores de las universidades en cada región; y se basan en las percepciones de los diferentes actores de salud. A lo largo del mismo llegaremos a conclusiones importantes y recomendaciones que servirán de base para la capacitación y con las que esperamos contribuir en el fortalecimiento de capacidades de Comunicación en Salud.

Hemos dividido el estudio en dos capítulos. En el primer capítulo encontraremos un contraste de las percepciones y actitudes de la población, el personal de salud, las autoridades y las promotoras frente a la problemática de la salud y la comunicación, y esbozaremos unas conclusiones preliminares. En el segundo, llegaremos a las conclusiones finales y recomendaciones de nivel nacional y haremos un paralelo con el Estudio de Base realizado en el 2002, previamente al inicio del proyecto.

### Principales conclusiones

En los autodiagnósticos se consultó sobre la implementación de los lineamientos trazados por el Ministerio de Salud para el período 2002-2012. Según las opiniones recogidas, esta –en la gran mayoría de casos– se encontraba en una etapa de planificación, organización y reordenamiento. Asimismo, la descentralización todavía no se realizaba efectivamente, puesto que algunas funciones recién se están transfiriendo y las necesidades y características socioculturales propias de cada región aún no son consideradas para la aplicación de dichos lineamientos.

No existe la referencia suficiente en cuanto al enfoque de equidad de género y al enfoque de interculturalidad, pues, al parecer, aún estamos rezagados en las consideraciones que se deben tener en ambos campos con relación a la salud. En cuanto al enfoque de derechos y ciudadanía, la situación se agrava porque los derechos en salud casi no se mencionan y el tema de participación ciudadana no estaba considerado en los programas, proyectos y acciones del día a día.

En líneas generales, la salud sigue siendo sinónimo de enfermedad y malestar. Cuando se pregunta sobre los problemas de salud, inmediatamente se refieren a cuadros epidemiológicos y cifras de morbilidad que no reflejan cuáles son los problemas de fondo.

Hemos llegado a la conclusión que la falta de decisión política no permite que las propias políticas trazadas se operativicen. La distribución del presupuesto se hace de modo desigual, lo que ocasiona la sensación de que este es mínimo. Se ha detectado la falta

de apoyo a la investigación, así como la desarticulación entre el sector público y privado. Los bajos sueldos, la falta de recursos humanos, la discontinuidad de las autoridades y los profesionales de salud en general y una cultura organizacional vertical, son puntos claves para entender la problemática.

Por otro lado, las condiciones de vida de la población juegan en contra. Existe una inadecuada higiene de la vivienda, personal y de los alimentos; desnutrición y alimentación pobre; carencia de agua potable y servicios básicos; contaminación ambiental, y falta de acceso a los servicios de salud. La población desconfía de la medicina occidental y del personal de salud en general. Finalmente, una de las limitaciones más graves tiene que ver con los problemas de comunicación y los conflictos permanentes entre pobladores y personal de salud. La población siente que es maltratada y mal atendida, por lo que se ha configurado una relación autoritaria. De otro lado, el personal de salud considera que los usuarios son indiferentes y no valoran su salud. Ante este gran problema, los esfuerzos de comunicación y movilización recaen en los promotores de salud, en su mayoría mujeres.

Así pues, aunque las autoridades y los profesionales de salud reconocen ampliamente la importancia de la comunicación, no existen políticas de comunicación claras. Por comunicación se entiende a las campañas de salud sostenidas principalmente por las promotoras, así como la introducción de temas e información sobre salud en programas radiales. Son los profesionales de las ONG quienes tienen una visión más amplia de la comunicación. El patrón es que existen confusiones entre los conceptos de prevención, promoción y comunicación, y que esta última sigue siendo limitada a la difusión de información.

En cuanto al rol de la universidad, los distintos actores inciden en la capacitación. Consideran que podrían dar talleres para desarrollar habilidades en modelos, métodos y técnicas de comunicación así como en temas generales de salud. Particularmente, las promotoras desean ser capacitadas para lograr un mejor acercamiento con la población y un adecuado manejo de medios y materiales de comunicación.

Por último, el trabajo concertado con actores locales, la organización de la comunidad, la capacitación a agentes comunitarios y población, la sensibilización para lograr cambios de comportamiento, la asistencia al centro de salud, el conocimiento de las necesidades de la población y su cultura se configuran como los principales logros. Particularmente las ONG cuentan con personal capacitado en diversos temas, han establecido distintos tipos de alianzas y han alcanzado un importante reconocimiento. Además, vale la pena mencionar como uno de los principales hallazgos el capital social logrado en las promotoras, quienes permiten un trato cercano con los ciudadanos, además de ser reconocidas por ellos.

## Capítulo I

### **Contraste de las percepciones y actitudes de la población, el personal de salud, las autoridades y las promotoras frente a la problemática de la salud y la comunicación**

*En los meses de abril y mayo  
del año 2003, los profesores  
designados de las universidades  
participantes en el proyecto  
realizaron una investigación  
sobre los aspectos de salud y  
comunicación en su región*



## I. Procesamiento de autodiagnósticos

EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO del año 2003, los profesores designados de las universidades participantes en el proyecto realizaron una investigación sobre los aspectos de salud y comunicación en su región. Para ello, aplicaron cinco herramientas de investigación a la población, autoridades de salud, promotores, profesionales de las ONG y, en algunos casos, a personal de los centros de salud, entre médicos, enfermeras y técnicos; así como hicieron observación en los centros de salud y comunidades seleccionadas. Estas matrices fueron brindadas por las profesionales responsables de la línea de capacitación de actores de salud del Consorcio de Universidades en el taller de marco conceptual ya mencionado.

**Matriz 1:** Ficha comunicativa de vida cotidiana

**Matriz 2:** Lineamientos de salud

**Matriz 3:** Entrevistas a personal de las ONG

**Matriz 4:** Entrevistas a promotoras de salud

**Matriz 5:** Entrevista grupal a la población

Como sabemos, las realidades de las regiones son completamente distintas entre sí también; la disposición que han tenido los diversos actores hacia la indagación y la organización de la informa-

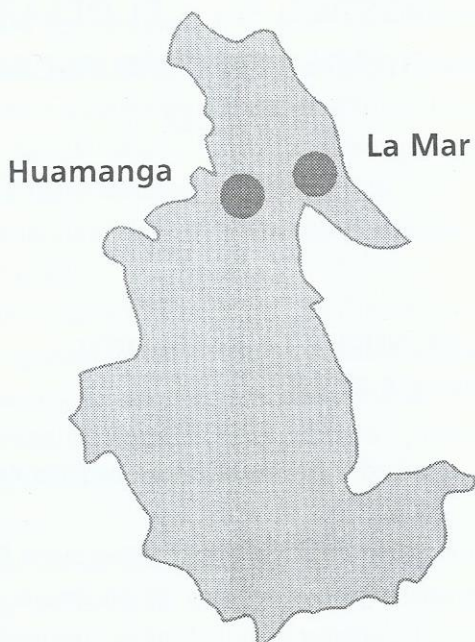


ción en los autodiagnósticos obtenidos en cada región tiene sus particularidades. Por ello, para asimilar mejor la información, la hemos sistematizado en cuadros que corresponden a cada matriz aplicada. En ellos encontraremos las respuestas más frecuentes y significativas que se recogieron.

A continuación, presentaremos los resultados de los autodiagnósticos procesados según los temas en los que se indagó y los principales hallazgos. Recomendamos leer la ficha técnica correspondiente a cada región para poder tener en cuenta las zonas en las que se trabajó, quiénes y cuántos fueron entrevistados.

# Región 1

## AYACUCHO



### FICHA TÉCNICA

INSTRUMENTO	TOTAL
Fichas de vida cotidiana a la población	31
Entrevistas a promotoras	8
Entrevistas a pobladores	13
Grupos focales con población	3 de 15 personas c/u
Entrevistas a personal de las ONG	5
Entrevistas a autoridades de salud	23
Observación en establecimientos de salud	6

### ZONAS DE INTERVENCIÓN

**Huamanga:** ciudad de Huamanga y su zona periurbana, distrito de San Juan Bautista (Miraflores, Ñahuimpuquio y San Melchor)

**Provincia de La Mar:** distritos de Tambo y de San Miguel (comunidades de Moya, Tambo, Huascarpatá, Ninabamba, Illaura y Patibamba)

## **AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD**

### **A. AVANCE EN LOS NUEVE LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD**

#### **1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles**

Se han implementado cuatros programas cuya limitación es la falta de presupuesto y cuyo avance se encuentra al 50%. Estos son: CODECOS, el sistema de vigilancia comunal, la estrategia de Información, Comunicación y Educación (IEC) por ciclos de vida y el Consejo Regional de Salud.

#### **2. Impulso al aseguramiento universal**

El SIS se encuentra en funcionamiento y se ha avanzado en su implementación en un 70%; sin embargo, este no responde a las expectativas de la población.

#### **3. Ampliación del suministro y uso racional de medicamentos**

Este lineamiento se está realizando por medio del SIS y PACFARM, pero en este último está ausente el comité farmacológico.

#### **4. Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos**

Se han implementado los programas de capacitación del personal, las pasantías y el programa de postgrado y diplomado. No obstante, se ha observado poca participación y desinterés de los trabajadores nombrados.

#### **5. Sistema regional coordinado y descentralizado de salud**

Se ha implementado el Consejo Regional de Salud, pero, a la

par, se detecta la falta de coordinación de todo el Sistema Regional de Salud y la ausencia de una real descentralización técnico-administrativa. Por lo tanto, la descentralización y la integración del sector salud recién se está iniciando.

#### 6. **Nuevo modelo de atención integral**

Este nuevo modelo se encuentra en proceso y se ha efectuado en un 30%. Se ha implementado en Víctor Fajardo y Vilcashuamán. Se han manifestado limitaciones graves por el escaso presupuesto y la falta de recursos humanos.

#### 7. **Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial**

A razón de los frecuentes cambios de directivos, este lineamiento se encuentra gravemente atrasado y la coordinación con los agentes comunitarios solo se ha avanzado en un 10%.

#### 8. **Financiamiento orientado a los sectores prioritarios**

No hay ningún avance en este rubro debido a la falta de recursos económicos.

#### 9. **Democratización de la salud**

Tampoco hay indicios de avance.

### **Ausencia de políticas y enfoques comunicativos**

Según las autoridades de salud de la región, la Comunicación en Salud no es efectiva y continua, es mínima y no se utilizan las estrategias adecuadas para ella. Además, declaran que existe un escaso presupuesto para programas de promoción y de Comunicación en Salud.

Esto se contradice enormemente con los tipos de políticas observadas para resolver los problemas de salud: atención integral de salud, promoción de la salud, política ambiental, planes de contingencia, intervención en lugares donde el problema es mayor e interacción con las comunidades. Además, existe todo un trabajo con instituciones del sector privado como las ONG CARE, ADRA OFASA, Manuela Ramos, entre otras. Entonces, ¿cómo trabajar sin el componente comunicativo, si es que se quiere trabajar según estas políticas y con estas instituciones?

## **B. ENTRE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD: ESPACIOS DE COMUNICACIÓN DE LA MUJER RURAL**

La mujer en las zonas rurales más pobres de la región Ayacucho lleva su vida en función al cultivo, al cuidado de los animales y al ritmo de la naturaleza. Se levanta en horas de la madrugada (tres a cuatro a.m.) y se acuesta cuando se pone el sol. Ella es el eje del hogar debido a su presencia permanente en él y de su quehacer en la limpieza de la vivienda y la preparación de los alimentos.

El principal espacio de comunicación en que se encuentra al comenzar la mañana se configura alrededor del hogar mediante la interlocución con sus hijos y la recepción de programas radiales. Las radios más sintonizadas son Radio Huanta 2000 y Radio Tambo. En estas horas prepara el desayuno y el almuerzo, sirve el desayuno, envía a los hijos al colegio, lava el servicio y ordeña las vacas. A media mañana, se encuentra sola o en compañía de otras mujeres de la comunidad. En estas horas, de lunes a viernes, se va al pastoreo o a la chacra, donde permanece aproximadamente de siete a ocho horas. Es decir, este es el principal espacio en el que se encuentra durante el día; sin embargo, en él no hay mayor presencia de interlocutores y si es que no está acompañada de la radio, lo está únicamente de sus animales. Los días sábados y domingos en cambio, manda a los hijos al pastoreo mientras asiste a faenas comunales, a sesiones de alfabetización o a reuniones del club de madres y de la comunidad. Los ambientes que se generan en las casas de alfabetización y en las reuniones de su comunidad, con los alfabetizadores y con sus vecinos respectivamente, tienen gran presencia en las menciones de las mujeres, quienes participan en diferentes niveles. Así pues, los fines de semana, las mujeres tienen más contacto con su comunidad y se evidencia su pertenencia y participación en ella por medio de sesiones en las que pueden compartir experiencias e interactuar con otras mujeres de similares características.

En las horas de la tarde, en cambio, las mujeres se preparan para terminar su día: guardan a los animales, preparan la comida, cenan con sus esposos e hijos y se van a dormir a las siete de la

noche. En estas horas, especialmente al cenar, se da el mayor tiempo de interacción en la familia. En cuanto a los medios de comunicación, solo la radio tiene una presencia significativa.

## C. SALUD Y COMUNICACIÓN EN LA COMUNIDAD

### Situación crítica de la salud en la región

El sector salud en la región Ayacucho presenta severas dificultades para su desarrollo. Identificar los caminos de solución a ellas constituye uno de sus mayores retos. Además de la gran cantidad de enfermedades que aquejan a todos los sectores de la población, se presentan condiciones de aislamiento y conflictos de gran magnitud entre los centros de salud y la población, formándose así una gran barrera para el logro de una vida saludable.

Las principales enfermedades en niños menores de cinco años son la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las parasitosis. La tasa de mortalidad infantil es elevada y la mortalidad materna también constituye una preocupación para la región. Las mujeres en edad fértil sufren de desnutrición, complicaciones en el parto y post parto, no tienen controles prenatales y se presentan múltiples casos de embarazos no deseados, especialmente en adolescentes. La población adulta también está afectada no solamente con enfermedades transmisibles (infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, rabia silvestre y TBC), drogadicción, alcoholismo, sino también con problemas como la violencia familiar y la deficiente salud ambiental. Finalmente, hay que recalcar que las desigualdades entre hombres y mujeres, que afectan principalmente el cumplimiento de los derechos de estas últimas, todavía tienen mucha presencia en la región y contribuyen a agravar todos los problemas anteriormente mencionados.

Esta situación de la salud es completamente adversa y, según los propios actores de la región, encuentra sus causas en problemas de diversa índole. Uno de ellos, de carácter estructural, es la extre-

ma pobreza que a su vez ocasiona otros problemas como la mala dieta alimenticia y la falta de nutrientes en los alimentos que consume la población, el hacinamiento y características de las viviendas que favorecen la aparición de enfermedades (carencia de agua potable y servicios básicos). Desde la población, tenemos la falta de comunicación familiar que no permite estar alerta de la salud de sus integrantes, y el analfabetismo que, entre muchas otras cosas, dificulta los procesos educativos y comunicativos especialmente en la población femenina. Desde el gobierno, la falta de acceso a los servicios de salud para el caso de comunidades muy alejadas y la falta de recursos humanos. Y para terminar, uno de los problemas fundamentales que desarticula los esfuerzos que pueden aparecer es la ausencia de una comunicación efectiva entre proveedores y usuarios, ya sea por el idioma como por la falta de políticas que se orienten en ese sentido.

Estos problemas, además, empeoran con los conflictos y dificultades percibidos desde el sector salud: discontinuidad en el trabajo por motivo de los cambios frecuentes de los jefes de servicios de salud, inequidad en la distribución del presupuesto, falta de capacidad resolutive, políticas inadecuadas a la realidad, poca participación y desinterés de los trabajadores nombrados, falta de apoyo a la investigación y conflictos permanentes entre personal de salud y comunidad.

Como observamos, se constituye un árbol de problemas muy complejo que implica causas estructurales y coyunturales que tienen que ver con la constitución misma de la sociedad, el choque de culturas, las deficiencias del sector salud en el gobierno y con las concepciones trastocadas de lo que es salud y de su importancia.

### **Relación de la población con el centro de salud y la falta de comunicación**

Como acabamos de ver, las deficiencias en el sector salud juegan un papel protagónico en el autodiagnóstico de la región. Si bien las causas de las enfermedades que la población identifica principalmente son el frío, el polvo y la falta de higiene, las críticas frente al sector salud tienen más peso.

Veamos ahora cuáles son las percepciones que tiene la población con respecto a la calidad de los servicios de salud para poder acercarnos más a la terrible realidad que se está viviendo en la región.

Los pobladores sienten temor de asistir a los servicios de salud que les ofrece la comunidad por múltiples motivos. Sienten que se les llama la atención cuando se comunican con el personal de salud, que no están siendo bien atendidos, que se demoran en atenderlos, que la cita es muy corta y que el personal es poco amable. Otra de las reiteradas menciones de la población es que no tienen una comunicación adecuada con ellos. Los profesionales de salud no les brindan información en quechua ni de acuerdo a su realidad y su cultura. Se deduce de estas apreciaciones que se dedican a informarles y decirles lo que deben hacer sin permitirles expresarse y ser escuchados. Agravando el panorama, los medicamentos son altamente costosos para la población y peor aun, sienten que no son efectivos. Estas variables determinan que los pobladores solo acudan al centro de salud cuando consideran que su estado es grave.

Frente a estas debilidades manifestadas por la población, encontramos que las fortalezas que se definen son menores y que describen aquello que es básico. Se refieren en este sentido a la existencia de establecimientos, el control prenatal, la atención al niño y los programas de alimentos.

En cuanto a las campañas de salud, la población declara que sí ha escuchado de ellas y que han sido entre regular y buenas. Sin embargo, no se menciona al centro de salud como promotor de dichas campañas sino a entes educativos como la universidad u otros.

### **El enfoque comunicativo en las intervenciones de salud**

Para analizar el trabajo de comunicación para la promoción de la salud, tenemos que hacer unas consideraciones previas. Las autoridades de salud –según lo recogido– no han puesto énfasis en el trabajo de la comunicación y no cuentan con personal capacitado. Por ello, los esfuerzos en Comunicación en Salud realizados en la región han provenido, en gran parte, del sector privado y de las



ONG. Además, hay que dejar en claro que se concibe a la promoción de la salud como una variante de la Comunicación en Salud y no se tiene en claro cuál es la contribución de la comunicación *para* la promoción de la salud.

En este sentido, las líneas y acciones de trabajo en Comunicación en Salud se han centrado en el planeamiento estratégico de la comunicación educativa (PECE), en la estrategia denominada IEC y la promoción de la salud organizada por medio de campañas. Las acciones específicas se refieren a la realización de charlas educativas, a los eventos de pasacalles, pregones y a la producción y difusión de materiales (volantes, *spots* radiales y televisivos, boletines y cartillas).

Frente a estos esfuerzos, el personal de las ONG declara que los logros que han tenido a lo largo de sus experiencias y a raíz de sus intervenciones han sido principalmente tres. El primero ha sido sensibilizar a la población; su logro está alrededor de la idea de llegar a la población y hacerle notar la importancia de ciertas actitudes. El segundo logro es el de haber mejorado los hábitos y costumbres de la población. Finalmente, el tercer logro es la disminución de las complicaciones durante el embarazo.

Los aprendizajes que la población ha adquirido gracias a la intervención de promotores y ONG, según lo que estos últimos declaran, serían los siguientes: mayor importancia a la vacunación, esfuerzo de hervir el agua, reconocimiento de la necesidad de la alfabetización, de enviar a sus hijos a la escuela y de vivir mejor en familia. Se trata, sobre todo, de nuevas actitudes logradas.

### **Los medios de comunicación y su papel según la población**

En primer lugar, tenemos que subrayar la importancia de la radio en la comunidad y en la vida cotidiana de las mujeres. Existen diversas emisoras radiales y programas, mencionaremos aquí las más importantes: Radio Huanta 2000, donde se emite la radionovela «Evelyn»; Estación Wari que difunde *spots* sobre familia y niñez; el programa del PAR sobre la violencia familiar, y el programa «Hablemos de salud» de Radioprogramas del Perú, cuyo principal pro-

grama en temas de salud es «Era Tabú»; Radio cultural Amauta, y Radio Tambo.

En cuanto a los programas y canales de televisión, la mayoría de ellos son retransmisoras de Lima. Uno de los programas que podemos mencionar por su importancia y gran cantidad de audiencia es «Confirmado Regional», transmitido por el canal estatal. Además, hay un canal local, pero, por su poco alcance, no es significativo.

Frente a los medios de comunicación, la población declara que la participación de la radio en la vida saludable de la comunidad es mínima. Le sugiere a los responsables de dicho medio tratar temas de salud que a ellos les interesan por medio de programas transmitidos en su idioma y con invitados que sean profesionales de la salud. Así pues, la situación que encontramos se replica en otras regiones: la desconfianza y el temor que se tiene al personal de salud no es obstáculo para legitimarlo si aparece en los medios. Es decir, según la mirada del poblador, el profesional de salud que los atiende no es el mismo que aquel que le puede dar consejos mediante la radio o la televisión.

#### **D. DIFICULTADES QUE SE ENFRENTAN**

Son cinco los problemas principales que evidencian barreras para las promotoras y el personal de las ONG al acercarse a la población para tocar temas de salud. El primero de ellos es el poco uso de medicamentos que proponen los profesionales de salud y su reemplazo por el alto uso de la medicina tradicional. Para la población, las enfermedades están vinculadas a los espíritus de la naturaleza, la relación hombre-naturaleza es muy cercana y la enfermedad rompe esta armonía; lo cual es una concepción diferente de la que predomina en los centros de salud y que le da mayor legitimidad a otros actores como los *apus* o el *encanto* de los cerros. Así pues, según cada enfermedad, la curación se da mediante ritos como el *pagapu*, que consiste en dar ofrendas a la tierra. Estas prácticas pues, entran en contradicción con aquello que se les comunica a los pobladores sobre la salud, la enfermedad y la promoción de la salud.

La segunda dificultad que se presenta es el analfabetismo femenino y monolingüismo quechua en las zonas rurales, que no permite a la población decodificar mensajes provenientes de distintos materiales de comunicación y salud. A su vez, este es un problema también de algunas promotoras de salud y personal de las ONG que no dominan el quechua.

El tercer problema tiene que ver con los hábitos alimenticios e higiénicos. Solo se consumen carbohidratos (chuño y papa principalmente), las viviendas tienen problemas de higiene y la presencia de animales domésticos agrava dicha situación, el agua es insalubre y el nivel de hacinamiento es elevado.

La cuarta barrera la constituyen –desde el punto de vista de los entrevistados– ciertas iglesias y religiones que se oponen a que los ciudadanos asistan a los centros de salud y que participen en el trabajo de las ONG. Y la última barrera que identifican las promotoras y el personal de las ONG es el asistencialismo preponderante en la población y la creencia de que la salud solo concierne a las autoridades.

## **VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS**

### **A. RELACIÓN CONFLICTIVA ENTRE LA POBLACIÓN Y EL CENTRO DE SALUD**

Mientras que el personal de salud se centra en criticar las actitudes de los pobladores, presentándolos como personas indiferentes a la importancia de su salud; la población se refiere a la falta de capacitación de los profesionales de salud, criticando duramente el servicio que les brindan. Sin embargo, en ninguna de las dos partes observamos autocríticas comprometidas en relación con su actitud frente al otro.

Los usuarios de los servicios de salud le demandan al personal que hablen su idioma, el quechua, y que sean más amables y tengan mayor paciencia cuando los atienden. Asimismo, piden que les informen de manera adecuada sobre métodos de planificación familiar, medicamentos y enfermedades en general. Paralelamente a este pedido, los profesionales de salud declaran que los pobladores no son continuos en el cuidado de su salud y que además, no la valoran.

La población demanda el uso de una metodología adecuada de enseñanza, porque prefieren las actuaciones y las ilustraciones que sean acordes con su realidad. De otro lado, enfermeras y doctores manifiestan que hacen promoción de la salud, pero que la población no la pone en práctica y es reacia al cambio.

Permanentemente observamos posiciones encontradas. La población pide que los capaciten frecuentemente, mientras que el

personal de salud declara que esta es indiferente a sus convocatorias y que condicionan su asistencia a algún estímulo. Entonces, ¿qué está pasando?; pareciera que los problemas van más allá de no hablar el mismo idioma.

Estas situaciones generan conflictos entre el personal de salud y la comunidad, conflictos que son una de las principales causas para los múltiples problemas de salud de la región. No hay entonces una comunicación efectiva entre los proveedores y usuarios del centro de salud, carencia que además es identificada por ambos actores. Es decir, entre tanta contradicción, una de las pocas posiciones que comparten es la percepción de que tienen una mala y escasa comunicación.

## **B. PROMOTORAS, DETECTORAS DE ENFERMOS**

El papel de las promotoras no tiene la importancia que se aprecia en otras regiones puesto que los pobladores declaran que no siempre están presentes y que en algunos casos no existen. Pero podemos afirmar que se mantiene su rol intermediario y de promoción del servicio de salud. Es labor de ellas la visita domiciliaria, el trabajo de seguimiento por medio de la ficha familiar y la identificación de personas enfermas y su respectiva derivación al establecimiento de salud. Subrayan el haber logrado llevar a las gestantes a los establecimientos de salud y haber mejorado los conocimientos y costumbres de las mujeres con respecto a la alimentación de sus hijos.

Asimismo, ante la desconfianza que existe frente al personal de salud y la mayor confianza entre los miembros de la comunidad, podríamos inferir que las promotoras y agentes comunitarios cuentan con mejor prestigio.

## **C. SITUACIÓN CRÍTICA Y NECESIDAD DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Ante la falta del enfoque comunicacional en las acciones realizadas por el gobierno regional en salud y el evidente problema de

comunicación como agravante de la situación de salud, encontramos que la necesidad de capacitación en comunicación para la promoción de esta, es enorme. No hay que olvidar que una de las principales causas para los múltiples problemas de salud de la región identificada por el propio personal de salud y por la población es que no hay una comunicación efectiva entre ellos, entre otras cosas, por el idioma.

A pesar de que la población manifiesta estar involucrada en la vida de su comunidad, aparentemente no se aprovecha dicho espacio para el trabajo de promoción y Comunicación en Salud. Los recursos destinados a la comunicación para la promoción de la salud son muy escasos: no hay personal especializado en Comunicación en Salud (son las enfermeras, obstetrices, profesores y muy pocos comunicadores los que se encargan de trabajar con la población) y, peor aun, no hay claridad de lo que es Comunicación en Salud.

Las promotoras ven a la Comunicación en Salud como sinónimo de charlas y conciben a la capacitación en comunicación como una ayuda para redactar documentos y ser líderes.

Asimismo, en el autodiagnóstico, las necesidades de capacitación en comunicación y promoción de la salud descritas por el personal de las ONG, promotoras y población son múltiples. Demandan ser capacitados en la elaboración de planes estratégicos comunicacionales, estrategias de comunicación, diseño y producción de medios de comunicación, impulso de comunidades saludables, talleres de autoestima e interculturalidad. Además, entre los pedidos de capacitación en comunicación, encontramos el deseo de adquirir conocimientos sobre temas específicos (nutrición infantil, descensos vaginales, cáncer uterino, entre otros). Finalmente, se demanda a la universidad que sea una entidad con proyección social, que asesore la labor de las instituciones que trabajan en salud y que se dedique con mayor profundidad a la investigación.

## Región 2 CUSCO



### FICHA TÉCNICA

INSTRUMENTO	TOTAL
Fichas de vida cotidiana a la población	18
Encuestas a población	260
Entrevistas a promotoras	4
Grupos focales	3
Entrevistas a personal de las ONG	4
Entrevistas a especialistas en salud pública	5
Entrevistas a autoridades de salud	6
Entrevistas a autoridades municipales distritales	6
Entrevistas a autoridades municipales provinciales	4
Entrevistas a médicos	2
Entrevistas a enfermeras	11
Entrevistas a técnicas de enfermería	4
Entrevistas a personal de promoción de la salud	2
Entrevistas a personal administrativo	2

### ZONAS DE INTERVENCIÓN

**Provincia del Cusco:** distritos de Wanchaq, Cusco, San Sebastián, San Jerónimo, Santiago y Oropeza  
**Tres provincias:** Calca, Urubamba y Paucartambo

## **AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD**

### **A. AVANCES EN LOS NUEVE LINEAMIENTOS TRAZADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD**

#### **1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles**

Se ha logrado la implementación de la dirección de promoción y la vigilancia epidemiológica activa para las enfermedades transmisibles. Sin embargo, el soporte político y el soporte logístico-financiero son deficientes; asimismo, el desarrollo técnico y de recursos humanos es insuficiente, y hay una excesiva carga documentaria. No se observa ninguna acción referida a la Comunicación en Salud.

#### **2. Impulso al aseguramiento universal**

El Seguro Integral de Salud (SIS) se ha implementado y se encuentra en funcionamiento, está orientado a los pobres y extremadamente pobres. Sin embargo, hay una tendencia al autofinanciamiento de servicios por el SIS que no paga oportuna y equitativamente. En cuanto al seguro social, este es autofinanciado y no permite el acceso a los sectores pobres.

#### **3. Ampliación del suministro y uso racional de medicamentos**

Se ha implementado y está en funcionamiento el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED), se ha iniciado la autogestión regional de medicamentos; sin embargo, estos aún significan altos costos para los estratos más pobres.



**4. Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos**

No se cuenta aún con un plan estratégico de desarrollo y capacitación de recursos humanos ni con un sistema de reclutamiento acorde con las necesidades de la región. Tampoco se muestra ningún tipo de compensación remunerativa con bonificación por productividad.

**5. Sistema regional coordinado y descentralizado de salud**

Existe el Plan Multisectorial de Descentralización, pero las municipalidades no han tenido participación en dicho proceso de descentralización. Falta implementar el Consejo Regional de Salud. La transferencia de funciones desde el nivel central a las regiones y localidades no se ha dado del todo, puesto que los CLAS que existen tienen una limitada capacidad de gestión.

**6. Nuevo modelo de atención integral**

El MAIS se viene implementando progresivamente en los establecimientos, pese a que no existe una conceptualización y lineamientos operativos adecuados. Además, es instaurado sin tomar en cuenta las particularidades de la realidad regional.

**7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial**

Aún se encuentra en trámite y revisión el nuevo rol que debe asumir el sector salud y hay debilidad en la convocatoria de otras instituciones prestadoras de salud. Aunque la ley lo faculta, las redes de atención con otros sectores no se ha operativizado. En líneas generales, hay cierta debilidad en la adopción de liderazgo y rectoría del sistema de salud.

**8. Financiamiento orientado a los sectores prioritarios**

Si bien está establecido a través del SIS, en el ámbito de los servicios existen restricciones en el financiamiento que crean dificultades en su ejecución. No se percibe un sistema único que conlleve a una integración efectiva en cuanto al aspecto económico-financiero.

**9. Democratización de la salud**

Los CLAS se encuentran en proceso de fortalecimiento y aún se mantienen dependientes de la DIRESA.

## **Naciente alternativa, los CLAS**

La misión de los CLAS es brindar una atención integral de salud a los pobladores del ámbito jurisdiccional, priorizando las zonas más vulnerables. Tomando el caso del CLAS de Independencia, podremos tener un panorama de su funcionamiento. Está constituido por 35 personas contratadas, una persona nombrada (técnica enfermera) y 25 auxiliares practicantes.

En la observación del CLAS Independencia se pudo constatar que las personas que gozan de su servicio reciben una atención integral. Los profesionales del CLAS están preparados para realizar su labor básica y su infraestructura cumple con las exigencias básicas de salud. El CLAS Independencia cuenta con el reconocimiento del Ministerio de Educación por su apoyo como integrante de la red de aliados al bachillerato peruano 2002 y además ha sido reconocido por su destacada participación en las actividades realizadas por el XXXIX Aniversario del PJ Independencia.

En este caso podemos observar también debilidades que se replican en otros CLAS puesto que se desprenden de su naturaleza, misión y organización. El CLAS no cuenta con la variedad de medicamentos en farmacia, los programas de seguros (CRED, PAI, PANFAR, PACFO) no permiten captar mayores ingresos al establecimiento y los usuarios no respetan la distribución de cupos asignados por admisión, de tal suerte que se genera malestar en la población que acude a los diferentes servicios.

Finalmente, el CLAS Independencia ofrece una escala de pagos acorde con las exigencias de una población de bajos recursos económicos. En general, los precios son flexibles, según la situación económica de cada paciente.

## **Las autoridades frente a la Comunicación en Salud**

Los problemas que las autoridades de salud perciben tienen que ver principalmente con altas tasas de crecimiento de enfermedades. Aparentemente, no ubican los problemas en las causas sino en los efectos. Sin embargo, sí se mencionan ciertos problemas que

relacionamos con la falta de una perspectiva comunicativa y un esfuerzo en este sentido: la atención segmentada en los establecimientos de salud y el deficiente acceso a la población pobre, el insuficiente desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones, la limitada participación ciudadana en las acciones de salud y la alta incidencia de problemas psicosociales.

Pese a ubicar estas debilidades en el sistema de salud, en la priorización de los problemas de gestión no se nombran esfuerzos dirigidos hacia la comunicación, solo se nombra un sistema de información deficiente. De igual modo, en las políticas que se implementan en relación con la comunicación, solamente tenemos un lineamiento que señala promover corresponsabilidad y vigilancia ciudadana.

## **B. MUJERES RURALES Y COMUNICACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA**

El principal espacio de comunicación lo constituye el hogar. Las habitaciones multiusos son el punto de reunión de todos los miembros de la familia, quienes en algún momento interactúan con la mujer, ya sea como madre, pareja o hija. Por lo tanto, la mujer rural es la que concentra los diferentes tipos de diálogo que surgen en la familia. En la vida cotidiana sus principales interlocutores son su padre, su madre, su pareja y sus hijos, en segundo término aparecen las amigas. Frente a su padre y su madre, guardan respeto como fuente de saber y conocimiento sobre sus prácticas del día a día, ya sean labores agrícolas o ganaderas, y sobre los hábitos alimenticios e higiénicos.

En el hogar, los medios de comunicación que predominan son la radio como compañía al hacer la limpieza y la preparación del desayuno en las mañanas, y la televisión para ver noticieros, principalmente en Panamericana y CTC. Sin embargo, la televisión acompaña principalmente los momentos en familia que son dos: en los momentos del desayuno y almuerzo, y en las noches cuando comparten las experiencias de la jornada. Los canales más consumidos

son Panamericana y Frecuencia Latina, los programas favoritos son los noticieros y las telenovelas. Hay que recalcar que en las horas de la noche, entre las siete y las nueve, las mujeres conversan con los hijos sobre las actividades del colegio y con sus parejas de las actividades realizadas durante el día.

Para algunas, en el hogar las incomodidades son producto del espacio reducido para cocinar y descansar, y por la falta de privacidad; mientras que para otras, el espacio reducido no es un problema puesto que se sienten cómodas y abrigadas.

El segundo espacio de comunicación en orden de presencia es el mercado, que no agrada mucho a la mujer y permanece en él solamente el tiempo necesario. Sus principales interlocutores en este caso son sus clientes o los miembros de la comunidad con quienes intercambian productos. En este espacio, predomina la presencia de la radio para la escucha de huaynos principalmente. Las radioemisoras favoritas son Onda Imperial y Radio Salkantay. Por otro lado, la jornada de trabajo también puede realizarse en el hogar, donde los hijos o el cónyuge son los compañeros de trabajo.

Otros espacios de comunicación que no se nombran como parte de la vida cotidiana, pero que sí están presentes en las conversaciones, son los espacios comunales constituidos por los comedores populares donde los principales interlocutores son los miembros de la comunidad. Estos son los espacios donde se podría dialogar de los problemas que aquejan a los grupos de pobladores y que tienen que ver con la relación que establecen con las autoridades. El espacio comunicativo con las promotoras de salud no es nombrado y aparentemente no es un referente para ellas.

Finalmente, podemos subrayar que los programas televisivos son principalmente consumidos de manera colectiva mientras que la radio aparece en quehaceres individuales. Esta última es importante para ellos, porque los alegra con la música y los mantiene informados. Sin embargo, por lo señalado en las fichas de vida cotidiana, los medios de comunicación, a pesar de ser compañía durante todo el día, no son instancias de credibilidad. Son necesarios por su constante presencia y por la clara conexión con el mundo que representan, pero no son fuente de información completamente confiable.

## C. SALUD Y COMUNICACIÓN EN LA COMUNIDAD

### Principales percepciones sobre salud en la población

La población percibe que los principales problemas de salud en su zona son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas. Ambas enfermedades son preocupación de los padres con respecto a los más afectados, sus niños. En segundo término, aparecen los problemas de sarna y verrugas.

Las causas que la población identifica para las IRA y las EDA están relacionadas con la helada, la falta de información que tienen sobre la enfermedad, la ausencia de médicos que visiten a sus hijos y a su propio descuido autojustificado por el trabajo. Solo de manera tímida, aparece la falta de limpieza como causa. Así, la población percibe que las enfermedades son causadas principalmente por motivos externos mas no por hábitos del día a día.

Demandan conocimientos en prevención de enfermedades y cómo curarlas. Por ello, cuando se les pregunta cómo mantienen su salud, las respuestas están en relación con la curación.

Todos los problemas de salud que puedan surgir aparecen como controlables con el propio cuidado. Para ello, apelan a las hierbas y los medicamentos caseros dada la confiabilidad que les tienen, la valoración de lo natural, la desconfianza de las pastillas y lo recomendado por el médico y su costo. Reiteradamente, se nombra a los mates como el mejor calmante.

### ¿Promoción o prevención?

En las fichas de vida cotidiana de las mujeres no se alude como determinantes para una vida saludable a la preparación de alimentos, la limpieza, el cuidado de la vivienda y la convivencia pacífica entre los miembros de la familia. Sin embargo, la limpieza tiene un valor positivo para ellas en tanto la recalcan como característica de sus prácticas.

Los pobladores continúan relacionando la salud con las enfermedades y al preguntárseles por aquella información que les puede ayu-

dar a mantener o mejorar su salud, se refieren a información relacionada a IRA, EDA, enfermedades de transmisión sexual, así como planificación familiar. La nutrición y la drogadicción también son nombradas, pero con un rango de importancia menor. Para ellos, las personas que deben brindarles dicha información deben estar capacitadas y especializadas en el tema o deben ser médicos que den charlas, pues detentan el saber. Asimismo, habría una buena predisposición para compartir la información recibida y enseñar lo que saben.

Finalmente, más que promoción de la salud como forma de vida, aparecen iniciativas en los pobladores para prevenir enfermedades a través de la idea de implementar salas de comunicación o de integración. Quizás esto se refiera a la necesidad de visibilizar los problemas de salud que los aquejan, más que de buscar un espacio de capacitación de hábitos saludables desde su realidad.

### **Médicos y promotoras: visiones de autoridad y desconfianza**

La tendencia es acudir muy poco al centro de salud, sea posta u hospital. La necesidad de asistir surge cuando uno mismo no puede curarse, cuando se tiene que hacer algún examen médico o si se trata de algo grave. Es unánime entre hombres y mujeres que los que más tienen que asistir son los bebés y las mujeres para sus respectivos controles.

Según las personas entrevistadas, el trato del personal de salud linda entre la indiferencia y el maltrato. Ante él, se llega a decir que se tienen que humillar y callar. No hay ningún tipo de *feed back* entre el personal de salud y el poblador, en tanto este es solo un paciente que calla su desacuerdo y el médico es la autoridad que no da derecho a réplica.

Los entrevistados creen que lo que el médico les dice es incompatible con su realidad. Hay desconfianza en lo que el médico receta puesto que él recomienda regresar si es que la persona continúa con la dolencia, por lo que el poblador percibe que no es probable que el medicamento cure. Esta actitud, sumada al costo del medicamento, lleva al poblador a desechar la posibilidad de comprar lo recetado.

Como decíamos anteriormente, en las fichas de vida cotidiana de las mujeres, la relación con las promotoras de salud no es nombrada y aparentemente no es un referente para ellas. Del mismo modo, en las entrevistas grupales, señalan saber de la existencia de las promotoras, pero declaran que en su comunidad no cumplen con sus labores o que no las hay.

Las campañas de salud están relacionadas con la vacunación. Recuerdan la campaña contra el tétano pero resaltan que hace tiempo no hay una. La actitud que se muestra ante las campañas no es del todo positiva puesto que se presenta como una imposición ante la cual uno no puede decidir nada. En general, al relacionar la vacuna con la salud, opinan que es buena para la salud y útil. Sin embargo, no se observa ningún tipo de compromiso ni interés por participar, salvo en algunos casos. Reducen su participación a estar de acuerdo o no.

### **Comunicación y promoción según las promotoras**

Las promotoras han realizado campañas de vacunación; en menor medida movilizaciones, y su principal actividad es capacitarse en diversos temas (especialmente del cuidado del bebé) para luego difundirlos entre las madres de su zona mediante las visitas a los hogares, volantes, afiches, rotafolios en el centro de salud o charlas en las reuniones de los vasos de leche u otra organización comunal.

Sobre capacitación en temas de comunicación, las promotoras señalan que han aprendido a presentarse, a expresarse correctamente, a tratar a las madres con cariño y confianza, así como sobre temas de liderazgo y algunas de ellas han sido capacitadas para utilizar los rotafolios. Es decir, el tema de la comunicación en este sentido está reducido a dar bien las charlas, ser escuchadas y poder convencer.

Las promotoras sienten que básicamente sus logros están relacionados con la asistencia de las madres al centro de salud y en segundo lugar, en convencerlas de vacunar a sus bebés, darles papilla y prevenir embarazos. En este sentido, ven a la comunicación como un medio de persuasión.

Para ellas, lo más importante es lo que han aprendido y el hecho de poderles informar algo certeramente. Sienten que ahora pueden desenvolverse con facilidad y que deben ir donde las madres para decirles cómo son las cosas y qué es lo que deben hacer.

### **Mercadeo y comunicación en las ONG**

El personal de las ONG declara que ha hecho un esfuerzo por introducir hábitos de seguridad alimentaria para la promoción de la salud, y también que toman en cuenta el desarrollo humano y la cultura para adecuar los servicios de salud para la población. Para ello pretenden introducir en su propia cultura la promoción de la salud por medio de la potenciación de capacidades en la población, el cambio de actitudes negativas interiorizadas, la generación de prácticas positivas y la aplicación del enfoque intercultural en los procesos y proyectos planteados.

Según el enfoque de las respuestas de estos actores, podemos deducir entonces que el papel de la comunicación para ellos está orientado al *marketing* social y al cambio de comportamientos.

### **Presencia y valor de los medios de comunicación**

La radio es el medio de mayor valor para la población. La consideran una instancia educativa. Declaran que por medio de ella podrían escuchar charlas de especialistas y doctores sobre salud a las que no podrían acudir personalmente. Asimismo, señalan que RPP tiene buenos programas culturales como «Era Tabú», donde tocan diversos temas de salud. De este modo, relacionan cultura con educación y esta a su vez, con salud, dan una clara carga positiva a estos conceptos. En este sentido, se observa que el papel de los medios de comunicación, además de informar y alegrar, es educar sobre distintos temas por medio de personas legitimadas en el saber, en este caso, médicos y especialistas.

Las campañas de salud no han aparecido relacionadas con los medios de comunicación en tanto estas tienen que ver exclusivamente con ir de puerta en puerta a vacunar. Sin embargo, sabemos que los



medios de comunicación participan en ciertas campañas aunque no tienen el papel activo de promoción de la salud que deberían tener.

#### **D. DIFICULTADES QUE SE ENFRENTAN**

Las dificultades que enfrentan las promotoras de salud y el personal de las ONG en la población son ciertamente similares y muestran desde distintos puntos de vista los aspectos de un mismo problema, que tiene que ver con el divorcio entre la población y los temas de salud personificados en médicos y enfermeras.

Quizá la mayor barrera que las promotoras perciben es la indiferencia de las madres y la baja percepción de importancia que le dan a los temas de salud en su vida cotidiana. Las promotoras dicen que las madres solo van a la posta cuando ellas las llaman y que cuando van, no lo hacen con la intención de aprender algo. Recalcan que no están motivadas a asistir y que esperan algo a cambio. Asimismo, hablan de una dejadez generalizada en la población y las autoridades.

El personal de las ONG también opina que la participación comunitaria es reducida y que la interacción con los centros de salud es mínima debido a las distintas percepciones de los actores sociales. Por sus declaraciones podemos inferir que un hecho clave tiene que ver con que el personal de salud no considera el estilo de vida, las características ni la cultura del poblador y por ello, no logra sintonizar con sus necesidades. Además, los entrevistados recalcan la desconfianza que dicho poblador detenta frente a médicos y enfermeras.

En definitiva, la comunicación interpersonal entre los actores, como ellos mismos señalan, es muy pobre. El personal de salud pertenece a lo urbano y este tiene una carga negativa aunque allí se encuentren los interlocutores especializados. Por esta razón también observamos que las promotoras están entre lo urbano y lo comunal. El personal de salud, caracterizado con la figura de arcángeles –como se señaló– hace que los pobladores los vean como seres completamente lejanos a ellos.

Esta desconfianza en los médicos merece un apartado. La asistencia a los centros de salud solo se da en casos de extrema urgencia y emergencia. La automedicación es muy fuerte en la población, principalmente por medio del uso de plantas medicinales que se traducen en la ingesta de mates, como observamos anteriormente, desapareciendo la necesidad de comprar los medicamentos recetados. Los saberes acumulados tradicionalmente se mantienen y lo natural permanece sobre lo artificial de las pastillas.

Además, los trabajadores de las ONG declaran un problema de discriminación que nos parece grave: ellos señalan que el aspecto físico del poblador así como su lugar de procedencia entorpecen el trato y la atención que reciben en el centro de salud.

Las promotoras por otro lado, se sienten incómodas cuando le hablan a las madres en las charlas y estas las cortan diciéndole que van a ir al hospital o a la posta. Esta actitud refleja que a algunas madres no les interesa mucho escucharlas, puesto que ya saben que su objetivo es convencerlas de ir al centro de salud.

Se observa un distanciamiento entre las promotoras y algunas madres, con las que tienen conflictos por no quererlas recibir en su casa o como decíamos, por no quererlas escuchar. Las promotoras tienen la percepción de que algunas madres están interesadas y preocupadas por sus hijos mientras que solo piensan en trabajar. Según las promotoras, hay madres que dicen que ellas se entrometen en su vida.

Podemos afirmar que la mayor barrera que surge entre las promotoras y la población está relacionada con el conocimiento que ubica a las primeras en una posición distinta, acercándose a la figura de la enfermera o del personal de salud.

La indiferencia señalada por las promotoras tiene que ver con el asistencialismo, señala el personal de las ONG. Ellas lo ven como parte de las costumbres arraigadas en la población de la región y como una de las principales barreras para poder llegar verdaderamente a los ciudadanos. Los pobladores no se ven como sujetos de su propio desarrollo sino como pacientes que tienen que ser auxiliados. Además, las promotoras señalan que los hábitos de la población no favorecen la preservación de su entorno. En general, criti-

can las prácticas higiénicas y alimenticias de las mujeres pero no sus creencias ni sus costumbres –su cultura– puesto que ellas también las tienen.

Según el personal de las ONG, otra dificultad importante tiene que ver con el modo de concebir la alimentación. El alimento es sinónimo de subsistencia, y por ello, se come lo que se puede. No manejan la información nutricional suficiente y tienen una dieta poco balanceada, rica en carbohidratos pero pobre en proteínas.

Otra barrera que hay que señalar es la concentración de responsabilidades que recae en las mujeres, en tanto ellas son las encargadas de la salud de los hijos y las que están en contacto con el centro de salud y las promotoras.

Finalmente, como ya habíamos advertido anteriormente, el personal de las ONG declara que los medios de comunicación gozan de poca credibilidad entre la población y los caracterizan como una barrera para llegar a ella.

# VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS

## **A. BALANCE DE LA RELACIÓN USUARIO-MÉDICO**

Los pobladores relacionan la salud con la enfermedad, cómo curarla y en el mejor de los casos, cómo prevenirla. Perciben que esta es causada principalmente por motivos externos y ante ello, se automedican priorizando sus prácticas frente a lo recomendado por el médico. De este modo, existe una relación ambivalente en tanto desconfían del médico pero también lo reconocen como la autoridad para hablar de salud. Es curioso, pero aparentemente la población guarda una mejor relación con los médicos que se presentan en la radio –y que por lo tanto no ven– que con los que se relacionan cara a cara en el centro de salud. Paralelamente, el personal y las autoridades de salud perciben que la prioridad en su sector es reducir las tasas de crecimiento de enfermedades diciéndole a la población qué es lo que tiene que hacer.

## **B. PROMOTORAS, INTERMEDIARIAS Y MEDIOS DE INFORMACIÓN**

Las promotoras son las traductoras y el principal vehículo de comunicación de los centros de salud. Son las que convocan a las actividades de vacunación, las que dan la papilla y enseñan cómo hacerla, las que se acercan a las madres para decirles cómo criar a sus hijos, las que las persuaden de asistir al centro de salud. Son las interme-

diarias entre el centro de salud y la población en tanto tienen buena predisposición para recibir información, capacitarse y aprender cada día más, quieren ser líderes y principalmente ayudar.

La percepción que tienen de los médicos y las enfermeras es muy positiva y está cargada de respeto y admiración ya que son ellos quienes las capacitan y les dan charlas; mientras que la orientación frente a las mujeres que visitan a sus hogares es de enseñanza y difusión de información sobre qué acciones deben tomar para curar o prevenir alguna enfermedad.

Se hace ciertamente complicado para las promotoras acercarse a las familias cuando no hay un problema de salud puesto que también tienen interiorizado el viejo concepto de salud relacionado con la enfermedad. Así pues, todavía no existe una predisposición a la comunicación para la promoción de la salud en ninguno de los tres actores.

## **C. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **Nuevas metodologías de trabajo en las ONG**

Los trabajadores de las ONG demandan a la universidad la necesidad de capacitarse en el idioma quechua, en investigación y en métodos de sistematización de experiencias; temas que si bien están relacionados con la comunicación, no están vinculados directamente con la promoción de la salud. Sin embargo, declaran un manejo limitado de metodologías de trabajo con la población y hacen evidente la necesidad de mecanismos y recursos con los cuales sintonizar adecuadamente con ella.

### **Las promotoras desean persuasión**

Las necesidades de las promotoras también se orientan a la comunicación y a la relación interpersonal con las mujeres; así desean capacitarse en la modalidad de entrevista personal, liderazgo, dinámicas grupales, desenvolvimiento en público y facilidad de

palabra, oratoria y persuasión. Como vemos, las facilidades de expresión y la certeza de la *llegada* al público son las más deseadas; sin embargo, estas se orientan a hacer que la población tenga comportamientos específicos como asistir al centro de salud o vacunar a sus hijos. Por ello, también aparecen temas específicos en los que desean capacitarse como planificación familiar, desnutrición, prevención de la violencia y temas de juventud.

Del mismo modo en que la población pide que los especialistas los orienten, las promotoras le demandan a la universidad que los estudiantes brinden charlas sobre salud y sobre comunicación. Así pues, en ambos casos no se presenta la valoración de las propias experiencias, intención de mostrar lo que sucede en su comunidad y lo que han logrado, sino que se muestran como potenciales depositarios de conocimientos. En definitiva, se reproduce la concepción tradicional de enseñanza que prima en el sector educativo.

### **La necesidad de una comunicación saludable**

Las autoridades de salud reconocen que no se cuenta aún con un plan estratégico de desarrollo y capacitación de recursos humanos ni con un sistema de reclutamiento acorde con las necesidades de la región. Asimismo, detectan un insuficiente desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones, una limitada participación ciudadana en las acciones de salud y una alta incidencia de problemas psicosociales. A esto además agregan la existencia de un sistema de información deficiente.

Las debilidades que las autoridades de salud perciben provienen del mismo personal de salud con el que trabajan y de la población. Por un lado, la falta de preparación no se refiere solo a la capacitación técnica, sino también al trato que se debe dar al usuario; y por otro lado, la deficiente participación ciudadana no puede verse como algo aislado ya que es efecto de muchas variables que juegan en contra. Tenemos dos polos llenos de energía que no se logran conectar porque su interacción depende de casos específicos. Aparentemente, no existe la pretensión de una relación que se pueda mantener en el tiempo.

Como hemos visto, el sentido distorsionado de salud y la escasa comprensión y conocimiento del otro son realidades comunes a todos los actores. Consideramos que no ha habido una petición directa de capacitación en Comunicación en Salud debido justamente a su ausencia y a su evidente necesidad ante el panorama que todos los actores involucrados nos presentan.

# Región 3 HUÁNUCO



## FICHA TÉCNICA

INSTRUMENTO	TOTAL
Fichas de vida cotidiana a la población	80
Entrevistas a promotoras	20
Entrevistas grupales a pobladores	8
Entrevistas a autoridades de salud	1
Entrevistas a personal de centros de salud	2

## ZONAS DE INTERVENCIÓN

- Provincia de Huánuco: distrito de Huánuco y de Amarilis
- Provincia de Pachitea: distrito de Pano y de Chaglla
- Provincia de Ambo: distrito de Ambo
- Provincia de Leoncio Prado: distrito de Castillo Grande y de Tingo María



## **AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD**

### **A. AVANCE EN LOS NUEVE LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD**

#### **1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles**

Se ha creado la Dirección General de Promoción de la Salud, se han realizado las coordinaciones con instituciones del sector y se está llevando a cabo el control de enfermedades transmisibles. Además, se han formulado siete lineamientos de política de promoción de la salud que buscan «[...] apostar por la construcción colectiva de una cultura de salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludable y al logro de una población empoderada capaz de ejercer el control sobre determinantes de la salud».

#### **2. Impulso al aseguramiento universal**

El Seguro Integral de Salud (SIS) en la región se está implementando, priorizando a los sectores más necesitados.

#### **3. Ampliación del suministro y uso racional de medicamentos**

Se va a llevar a cabo la descentralización de qué, cuánto y cuándo se compra. Hasta el momento, todavía el 80% de productos se compra desde la sede central.

#### **4. Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos**

Se ha impulsado el contrato laboral justo, los incentivos remunerativos por producción, la capacitación de los recursos huma-

nos y la transparencia y competitividad en la designación de directores y jefes por concurso. Sin embargo, se evidencia la ausencia de trabajos de investigación, lo que refleja la falta de capacitación de nivel de maestrías de los recursos humanos.

**5. Sistema regional coordinado y descentralizado de salud**

Se está llevando a cabo el manejo del presupuesto económico de acuerdo a las necesidades de los niveles locales y se está ampliando la participación comunitaria.

**6. Nuevo modelo de atención integral**

No hay referencia de sus avances.

**7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol**

La Dirección de Salud Huánuco, en su papel de conducción, cuenta con un sistema organizado de atención de salud a la comunidad (Hospital Regional de Salud «Hermilio Valdizán Medrano», Cabecera de Red de Salud de Paucarbamba, de Aparicio Pomares, de Salud de Ambo, de La Unión – Llata, de Tingo María). La Cabecera de Red de Tingo María actualmente se encuentra descentralizada en dos unidades ejecutoras, lo que ha permitido mejorar el rol de conducción de sus actividades programadas. Sin embargo, se ha observado que para una mejor conducción de los establecimientos de salud se debe mejorar su infraestructura y equipamiento; implementar la capacitación del personal de salud; captar apoyo económico de entidades públicas, organizaciones voluntarias, aportes de la comunidad, ayuda extranjera, instituciones particulares y donaciones; y adquirir compromisos respecto a nuevos objetivos de la organización.

**8. Financiamiento orientado a los sectores prioritarios**

El impulso al aseguramiento universal en los últimos años ha permitido incrementar el financiamiento, priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza, rural y urbano marginal y a la población infantil y materna. Por el contrario, el financiamiento es insuficiente y desigual, lo que perjudica la atención a los sectores que justamente se quiere priorizar en la atención de las principales causas de mortalidad (IRA, TBC, dengue, malaria, sífilis, y VIH-SIDA y Leishmaniasis). El autodiagnóstico señala que estos grupos de personas requieren de un finan-

ciamiento prioritario por parte del MINSA y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

#### **9. Democratización de la salud**

Se ha reorientado hacia la utilización de la estrategia IEC para generar estilos de vida saludables en el entorno de la comunidad y para empoderar a las personas frente a su salud. Además, la Dirección Regional de Salud viene trabajando un Plan Concertado de Salud con la participación de las ONG, municipios saludables (barrios saludables y mercados saludables) y escuela de promotores. Todavía existe una falta de compromiso e involucramiento de las autoridades, gobiernos locales, población y municipios.

#### **Reorientación a la promoción de la salud**

Debido a que no se llegó a concretar el acopio de información en la Región de Salud por encontrarse en proceso de transferencia de cargo del Director Regional, no tenemos una muestra representativa de la visión del personal de salud. Sin embargo, se realizaron tres entrevistas: a dos médicos de Pachitea y a uno de Tingo María.

En sus respuestas encontramos un reconocimiento a la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud. Por otra parte, se le da importancia a las actividades de comunicación (campañas de salud, brigadas, charlas, visitas) y se observa el poco personal especializado. Para terminar, señalan que el personal de salud ha sido capacitado, pero que los resultados no han mejorado todavía.

## **B. CIUDADANOS HUANUQUEÑOS Y ESPACIOS DE COMUNICACIÓN**

Los ciudadanos de las zonas urbanas se levantan, en promedio, a las cinco de la mañana para realizar su aseo y cuidado personal. Luego, desayunan con su familia en la cocina, constituyéndose así el primer espacio comunicativo que además se complementa con la radio y los programas noticiosos. Las mujeres realizan las activida-

des domésticas y alistan a los hijos para ir al colegio. En el colegio, los niños y adolescentes interactúan con sus profesores y amigos, mientras que los padres y madres de familia se encuentran en sus respectivos espacios de trabajo –en su mayoría, centros comerciales– interactuando con clientes y compañeros de trabajo. Así se constituye el segundo espacio de comunicación del día donde además puede existir la presencia de la radio o la televisión. En líneas generales, en estas horas de la mañana lo que más se consume son los programas radiales (en un 86.7%).

Para la hora de almuerzo, la familia vuelve a reunirse en el hogar y regresa al primer espacio de comunicación. Después del almuerzo, se fortalece dicho espacio por medio del diálogo con la familia –ya sea entre la pareja, entre hermanos o de padres a hijos– en el dormitorio, la sala o el patio. Luego de este intercambio, se da paso al entretenimiento o el deber de los niños y adolescentes mientras que los padres y madres regresan a sus actividades económicas. Los primeros participan de un nuevo espacio con sus amigos en el vecindario o en su propio hogar, realizando las tareas del colegio mientras que los adultos regresan a su segundo espacio de comunicación. En estas horas de la tarde, es muy parejo el consumo de medios, puesto que el 51.4% escucha radio y el 48.6% ve televisión (generalmente telenovelas). En la noche, los pobladores se vuelven a reunir en casa con su familia para cenar, dialogar y descansar. En estos momentos, la presencia de la televisión es importante, porque constituye el horario estelar.

Hemos recorrido un día en la vida cotidiana de los huanuqueños y observado un estilo de vida marcadamente urbano, puesto que las fichas de vida cotidiana se han aplicado a pobladores de zonas urbanas.

## **C. SALUD Y COMUNICACIÓN EN LA COMUNIDAD**

### **Percepción de salud en la población**

La población percibe que los principales problemas de salud de su región son las IRA, las EDA y en segundo término el alcoholis-

mo, la drogadicción, la delincuencia, la falta de planificación familiar –opinan que tener una familia numerosa es un problema–, las infecciones de transmisión sexual, el estrés y la preocupación. Señalan que los más afectados son los niños y luego las mujeres y los adolescentes.

Ellos opinan que las causas de estas enfermedades y problemas de salud tienen que ver con la falta de empleo y la consecuente falta de recursos económicos, el machismo de muchos hombres que no están de acuerdo con la planificación familiar, el frío, y la contaminación ambiental. Es decir, se piensa en causas ciertamente estructurales y en factores incontrollables, mas no se evidencia una autocrítica hacia las formas de cuidado y preocupación por su propia salud.

En cuanto a la dieta alimenticia, observamos que predominan los tubérculos y verduras, así como el consumo de carnes los fines de semana. Al preguntarles cómo mantienen su salud, la mitad de entrevistados responde que lo hacen a través de la limpieza y la higiene mientras que los demás se refieren a la utilización de medicamentos alternativos, a decir que acuden al centro de salud cuando están enfermos, mediante el seguro integral y a través del control médico. Es decir, la mayoría de personas entrevistadas se orientan a responder cómo enfrentan o previenen las enfermedades y no cómo mantienen su salud.

### **Promoción de la salud, un concepto extraño para los ciudadanos**

Las campañas de Comunicación en Salud en la región son recordadas. Las campañas de salud integral y de vacunación son las más mencionadas; sin embargo, no hay una opinión acerca de si fueron buenas o malas pero sí de que fueron útiles. Según la población, hubo un gran nivel de participación en ellas. En la actualidad, aseguran estar dispuestos a apoyar y brindar información sobre estos temas de salud a su familia y a otras personas.

Además de la conciencia sobre las campañas de salud, el papel de la promoción para la salud en la población no está muy claro puesto que una vez más, cuando se les pregunta a qué información

recurren para mantener su salud, las respuestas se relacionan a enfermedades ante las cuales se sienten en riesgo (ITS, EDA, IRA) y a situaciones extremas como el aborto. Por otro lado, existe un gran número de personas que sí están interesadas en saber sobre el tratamiento del agua, hábitos de higiene adecuados, preparación de alimentos y temas específicos como primeros auxilios, métodos de planificación familiar y sexualidad adolescente. Finalmente, es unánime pensar que estos temas deben ser abordados por el personal de salud y que debe darse permanentemente.

### **Promotoras y centro de salud para la población**

La relación que la población mantiene con las promotoras de salud es importante. Aunque la función de la promotora es percibida de modo instrumental –coordinar acciones e informar sobre los centros de salud– la mayoría de entrevistados declara estar en contacto con ellas porque los orientan cuando tienen enfermedades y porque pueden acudir a ellas para recibir ayuda. Sin embargo, existen también críticas a su función, en tanto declaran que no tienen una labor integral y que solo se preocupan por los niños y las gestantes.

Por otro lado, las actitudes que tienen frente al centro de salud son negativas y de disconformidad con el servicio que este brinda. Declaran que el personal de salud demora demasiado tiempo en atenderlos y que la atención es mala. Solo se menciona débilmente que hay cierta mejora en la atención de los programas de salud. Este maltrato que prima en la relación es nuclear en los problemas de salud de la región puesto que los pobladores opinan firmemente que dicho maltrato se debe a que son pobres y a que los profesionales y técnicos de salud no tienen sensibilidad humana. Asimismo, perciben que el papel que cumple el establecimiento de salud se limita a hacer campañas de salud esporádicamente.

Así pues, estas críticas, además de ser duras, revelan el mal funcionamiento del sistema de salud, la escasa preparación y la poca comunicación con los médicos, obstetrices y enfermeras. Por ello, no es difícil creer que la mayoría de personas se acerca al centro de

salud solo cuando está enfermo o tiene algún malestar. Sin embargo, es curioso que algunos asistan cuando necesitan información o cuando van a ser atendidos en programas sociales. Quizás estas opiniones respondan a una necesidad específica, pero no marcan una tendencia. Además, se observa que las que más acuden son las mujeres para ser atendidas (especialmente para programas de planificación familiar y control del embarazo) ellas o sus hijos.

### **Actividades de comunicación de las promotoras**

Las promotoras de salud entrevistadas no señalan haber participado en actividades de Comunicación en Salud, pero cuando se les pregunta sobre actividades de comunicación, educación y movilización, responden que han participado en campañas de vacunación y en campañas de detección de cáncer al cuello uterino. Así pues, el tema de las campañas sigue relacionado a los esfuerzos de comunicación que las promotoras realizan en su relación con la población.

### **Los pobladores frente a los medios de comunicación**

La presencia que tiene la radio en la vida cotidiana de la gente de la región es importante para la labor que puede realizar dicho medio de comunicación frente a la promoción de la salud. Sin embargo, no se observan esfuerzos en ese sentido. Por otro lado, más de la mitad de entrevistados señala que el rol que cumple la radio es mantenerlos informados, mientras que otro grupo de personas le da prioridad a su función de entretener. Es curioso además que solo mencionen a los locutores como aquellas personas que hablan en la radio y que no se refieran a especialistas invitados. Finalmente, señalan que les gustaría que la información respecto a temas de salud sea emitida en programas con horarios fijos, dos o tres veces por semana y que tengan un estilo dinámico.

Los ciudadanos escuchan radios locales y radios regionales o de Lima. En la ciudad de Huánuco las radios locales que sintonizan son Radio Huallaga, Estudio 5 y JSV; en la ciudad de Leoncio Pra-

do en Tingo María se escucha radio R.Q. y Aleluya; en la capital de la provincia de Ambo, radio Ayancocha y Huallaga; y en la capital de la provincia de Panao, radio Municipal, Pachitea, Chaglla y San Miguel. La principal radio regional escuchada es Radio Huallaga y las emisoras de Lima que son sintonizadas son RPP, Inca Sat, Radio A y Zeta Rock and Pop.

En cuanto al consumo de programas de televisión, hay que recalcar que los más sintonizados son las telenovelas en los tres canales principales: Frecuencia Latina, Panamericana TV y América TV. Por otro lado, también es importante la presencia del noticiero de Panamericana TV, «24 horas», que es visto en las noches.

#### **D. DIFICULTADES QUE SE ENFRENTAN**

Las promotoras de salud, al encontrarse muy cerca de la realidad de la población y de los centros de salud, presentan un punto de vista importante para delimitar las causas de los principales problemas de salud de la comunidad. La gran mayoría de ellas señala que la principal causa tiene dos caras, una de ellas es el factor económico y la otra, el desconocimiento del valor nutritivo de los alimentos. En segundo término se refieren a la falta de servicios básicos e higiene y con una menor cantidad de menciones aparecen los fenómenos climáticos, la contaminación ambiental y el desinterés de la población en el cuidado de la salud. Finalmente, se refieren también a la indiferencia de algunas personas ante los temas de salud.

Asimismo, cuando se les pregunta por las dificultades que se presentan para la solución de los problemas de salud, encontramos que en su mayoría repiten que el factor económico es determinante, mientras que en menor medida nombran la falta de difusión de campañas de salud y de programas ampliados de salud.

Como observamos, las causas de los problemas de salud así como las dificultades para su solución no son diferenciadas claramente en las respuestas, puesto que las promotoras perciben su realidad y la de la población de un modo más unificado.



## **VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS**

### **A. BALANCE DE LAS PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA POBLACIÓN**

Los pobladores en general perciben que las causas de sus males son externas a ellos, su cuota de autocrítica es mínima y como hemos observado, están muy descontentos con la atención que les brindan en el centro de salud. Estas actitudes configuran un panorama adverso ante cualquiera de los esfuerzos que se quieran impulsar desde el sector salud para lograr una cultura de la promoción de la salud.

No podríamos precisar la posición de las autoridades según el presente autodiagnóstico, pero lo que sí podemos observar es que en los avances realizados en los lineamientos fijados por el Ministerio de Salud, no se encuentra ningún tipo de esfuerzo hacia el cambio en la atención del personal de salud ni a su comunicación con la comunidad. Además, los pocos médicos y el personal de salud entrevistado tampoco se han referido a ello y el único factor adverso que identifican es la inaccesibilidad geográfica.

En este sentido, el contraste de ambas percepciones es clarísimo y no se llega a un acuerdo sobre cuáles son los puntos de partida para la solución de los problemas de salud. La desarticulación de estos actores requiere de una observación más cercana y de una acción inmediata que cuestione el sistema de salud en su conjunto.

Por un lado, esto debe permitir a los ciudadanos concebir la salud como parte de su vida –y no como variante de la enfermedad– y por otro, los profesionales de salud deben comenzar a mirar a los ciudadanos por el lado más humano para interactuar más estrechamente con ellos.

## **B. PROMOTORA INTERMEDIARIA**

Según nuestra observación, la mayor cantidad de esfuerzos de comunicación que los profesionales de salud realizan ha sido instalado en el grupo de promotoras. Al parecer, solo participan en la organización de campañas y por ello, vemos que el trabajo de prevención y promoción lo realizan casi exclusivamente las promotoras.

Las promotoras han aprendido mucho a lo largo de su labor con la población. Declaran conocer y tratar con las personas, concientizarlas y conocer mejor los problemas de salud que tienen. Ellas consideran que sus mayores logros han sido la prevención de enfermedades en niños y concientizar a la población.

En consecuencia, creemos firmemente que hay que fortalecer el papel de la promotora de salud y aprovechar su potencial comunicativo con los ciudadanos para poder realizar un verdadero trabajo de promoción de la salud.

## **C. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Por motivo de las dificultades en la aplicación de las entrevistas a personal de ONG y autoridades de salud, presentaremos cuáles son las necesidades de capacitación en promoción de la salud en la región desde la percepción de los agentes comunitarios.

Para ser promotoras, desde un inicio se les capacitó por medio de charlas y programas de salud. Actualmente manejan información sobre enfermedades infecciosas, nutrición y principalmente

sobre prevención de enfermedades. Es quizá por esta razón que demandan capacitación con metodologías similares pero de contenido distinto. De esta forma, la mitad de ellas opina que la universidad debe capacitar en enfermedades, epidemiología, en salud y educación y en enfermedades de la tercera edad. Cuando se les pregunta sobre los temas de comunicación para la salud en los que quisieran capacitarse, responden que desean aprender técnicas y métodos para llegar a la población, realización de sociodramas y teatro, elaboración y difusión de material escrito y difusión radial.

Finalmente, las promotoras opinan que para que la universidad contribuya al desarrollo de la comunidad debe centrarse en cuatro ejes de acción: impulsar campañas integrales de salud; involucrar a los estudiantes en los problemas de su familia y orientarlos en su quehacer; capacitar a más promotoras de salud, y realizar y difundir estudios.

# Región 4 JUNÍN



## FICHA TÉCNICA

INSTRUMENTO	TOTAL
Fichas de vida cotidiana a la población	10
Entrevistas a promotores	10
Entrevistas a pobladores	61
Entrevistas a personal de las ONG	6
Entrevistas a autoridades de salud	10
Entrevistas a personal de centros de salud	10
Observación de establecimientos de salud	7

## ZONAS DE INTERVENCIÓN

San Marcos de Roccha y dos anexos  
Distrito de San Jerónimo de Tunán  
Distrito de Orcotuna  
Distrito de Sicaya  
Anexo de Cochas Grande, Pucará  
Cercado de Huancayo, el Tambo y Chilca

## **AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD**

### **A. AVANCE EN LOS NUEVE LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD**

- 1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles**  
Se han iniciado campañas de difusión y sesiones educativas de comunicación.
- 2. Impulso al aseguramiento universal**  
Se está cubriendo el 70% en el primer nivel de atención.
- 3. Ampliación del suministro y uso racional de medicamentos**  
Se está reorganizando e implementando el DEMID.
- 4. Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos**  
Se ha avanzado en capacitación del personal profesional, no profesional y agentes comunitarios.
- 5. Sistema regional coordinado y descentralizado de salud**  
El Consejo Regional y Provincial de Salud se ha conformado.
- 6. Nuevo modelo de atención integral**  
Se ha decidido aplicar el modelo por ciclos de vida.
- 7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial**  
Se ha considerado el rol rector del MINSA y se está trabajando coordinadamente con los diferentes sectores.
- 8. Financiamiento orientado a los sectores prioritarios**  
Se ha puesto en marcha el Seguro Integral de Salud (SIS).

## 9. Democratización de la salud

Para cumplir con este lineamiento se ha decidido trabajar mediante redes.

### **Las autoridades y el enfoque instrumentalista de la comunicación**

El enfoque instrumentalista de la comunicación que prima en la percepción de promotores y profesionales que trabajan en las ONG –como veremos más adelante– se replica también en las acciones y planes de las autoridades de salud. Los recursos humanos que trabajan en Comunicación en Salud son profesionales, no profesionales y agentes comunitarios; los materiales que producen son boletines, trípticos, afiches, mosquitos, volantes, murales, entre otros; y nombran a la radio y la televisión como medios que utilizan esporádicamente, también consideran a la prensa escrita y megáfonos. En cuanto a sus actividades de comunicación, declaran haber realizado ferias de salud, campañas de salud y charlas educativas en diferentes organizaciones. Y en cuanto a las alianzas que han logrado ha sido con universidades, ONG, municipalidades, Iglesia, PRONAA, entre otros.

A partir del autodiagnóstico podemos observar que los esfuerzos de Comunicación en Salud son casi inexistentes y que la gran mayoría de actividades que no se orientan al control de enfermedades, lo hacen a la prevención. Peor aun, las respuestas de las autoridades de salud muestran que la Comunicación en Salud está estereotipada y es utilizada para informar sin pretender un diálogo con los ciudadanos.

## **B. MUJER EN EL CAMPO Y LA CIUDAD: DIFERENTES ESPACIOS DE COMUNICACIÓN**

Desde que hay luz, la mujer de las zonas rurales se despierta. En sus primeras horas del día prende el fogón y prepara una sopa. Desayuna con sus hijos y con su esposo. Este es el primer espacio

de comunicación en el que se encuentra. Luego, el esposo sale a trabajar a la chacra y ella se queda con sus hijos para prepararlos para que vayan al colegio. Aproximadamente a las siete a.m. comienza su jornada de trabajo llevando al campo a los animales y recogiendo pasto o leña. En estos momentos ella está sola y prepara el almuerzo para luego reunirse a almorzar con el esposo y los hijos. Se vuelve a constituir un espacio de comunicación con la familia, para luego recoger los animales del campo y regresar nuevamente al hogar a cenar.

Como observamos, la mujer de las zonas rurales tiene una dinámica bien marcada entre el hogar como centro de la familia, unión y alimento, y el campo como proveedor de insumos y lugar de trabajo. En este contexto, el principal y casi único espacio de comunicación lo constituye la familia. La radio es un elemento que aparece esporádicamente y está limitado a la escucha de música vernacular, ya sea sintonizando una emisora o colocando un cassette.

La dinámica de la mujer que vive en zonas urbanas, en cambio, es completamente distinta. Ella se despierta una hora más tarde (seis a.m.), se cambia la ropa, prepara el desayuno mientras escucha noticias en la radio y a las 7:30 a.m. se encuentra con la familia para desayunar. Lleva a los hijos al colegio y regresa a la casa para hacer la limpieza y otros quehaceres. En estos momentos, ella se encuentra completamente expuesta a los medios de comunicación. Escucha música y luego ve telenovelas. Luego recoge a los hijos del colegio y regresa para almorzar. En la tarde, vuelve a prender la televisión para ver telenovelas o escuchar música en la radio. En algunos casos, aproximadamente a las tres p.m., se reúne con sus vecinas y regresa a su casa para preparar la cena, comer con su familia, escuchar el noticiero e irse a dormir a las diez p.m.

Los espacios de comunicación que se constituyen en el segundo caso son más diversos y abarcan tres tipos de actores. En el primer espacio, se encuentra la familia en el hogar a las horas de comida; en el segundo, se encuentra frente a los medios de comunicación consumiendo noticieros, programas musicales o telenovelas; y en el tercero, se encuentra con sus vecinas y amigas.

## C. SALUD Y COMUNICACIÓN EN LA COMUNIDAD

### Situación crítica de la salud

El problema de salud más común en la región y en todos los grupos etarios está constituido por las IRA. En el caso particular de las mujeres en edad fértil se reconocen como problemas el embarazo no deseado, las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y la violencia familiar. En los niños, se presentan las EDA, la desnutrición y la parasitosis. En los adolescentes, en cambio, aparecen los embarazos no deseados, problemas sexuales y de violencia. En el caso de los adultos, se presentan las enfermedades gastrointestinales, crónicas, degenerativas y también problemas como el alcoholismo. Finalmente se mencionan las enfermedades osteoarticulares y también las degenerativas como problemas en el adulto mayor.

Como observamos, el panorama de enfermedades y problemas que afectan directamente a la salud de la comunidad es muy variado y como es de suponer, tiene múltiples causas. Sin embargo, aquí vamos a trazar cinco que se han delimitado en el autodiagnóstico, según las autoridades de salud. La primera es la inaccesibilidad de los servicios, ya sea por una cuestión cultural o por escasez de recursos económicos. Luego tenemos el inadecuado saneamiento ambiental, la escasa educación para la salud, la centralización de recursos de salud y la inoperatividad de las políticas trazadas.

### Mejor relación con promotores, centro de salud aislado

La relación que los ciudadanos entablan con los promotores de salud es mucho más estrecha que con el centro de salud. Más aun, esta última relación se menciona poco en el autodiagnóstico. Lo que sí podemos observar es que la inaccesibilidad de los servicios de salud, ya sea por lejanía, falta de recursos económicos o diferencias culturales, es una realidad. Los mismos promotores declaran que los niños no están vacunados y que ante las recomendaciones que los médicos les dan a los pobladores, ellos son indiferentes, no cumplen con el tratamiento, no asisten a los controles y prefieren ir a las farmacias.



La interacción entre pobladores y agentes comunitarios es fundamental para la dinámica del sector salud. Son los promotores quienes movilizan a la población hacia los centros de salud, les dan charlas preventivas, capacitaciones y participan activamente en las campañas de diversa índole para que se logre lo más importante: llegar a la población. Es decir, sin ellos, los esfuerzos del personal del centro de salud hubieran tenido que ser más que duplicados; puesto que la movilidad, la experiencia y el conocimiento de la población de los promotores o agentes comunitarios tienen un valor muy grande para lograr la participación de los pobladores y para alcanzar otras metas que veremos más adelante.

### **Promotores orientados a la prevención y al control**

El papel que han cumplido los promotores en la promoción de la salud, como mencionamos anteriormente, ha sido mínimo, puesto que los esfuerzos han estado orientados a la prevención. Por ello, sus actividades de comunicación y educación han tenido como objetivo sensibilizar a la población en un tema específico para realizar una acción como, por ejemplo vacunarse, o lograr un comportamiento como utilizar métodos anticonceptivos, estar alerta a signos de alarma, entre otros. Para tal sensibilización, los promotores se han volcado a dar charlas preventivas, elaborar y distribuir material educativo, difundir proyectos y contribuir a la implementación de campañas de salud en general. Del mismo modo, han participado en pequeños esfuerzos que se relacionan con la promoción de la salud, como por ejemplo, motivar a las madres a que les hablen a sus bebés y orientarlas al lavado de manos.

En estas actividades de comunicación, las promotoras señalan haber tenido logros importantes. Así pues, al analizar dichos logros encontramos que mencionan cambios en los tres niveles básicos para lograr cambios de comportamiento. En el primero de ellos, concierne a la función informativa, declaran que la población maneja mayor información referente a los temas que han tratado. Luego, se refieren a los cambios de actitudes y dicen haber observado un entorno de mayor confianza y solidaridad, logrando concientizar a la

población de la importancia de la salud, sobre todo a las madres con respecto a la responsabilidad que tienen ante la salud de sus hijos y de ellas mismas. Finalmente, aluden a los cambios de comportamiento y mencionan que la mayoría de la población participó de las actividades y que cada vez más personas acudieron al centro de salud.

Aunque no podamos observar en qué medida los ciudadanos han estado comprometidos con los comportamientos realizados, consideramos que la labor de los promotores es fundamental para lograr una comunidad más saludable. Ellos son los perfectos intermediarios y la principal apuesta por el desarrollo en el sector salud.

Los promotores, además de detectar los entornos desfavorables alrededor de la población, también observan la gran deficiencia en el sector salud, el gobierno y la gestión municipal. Así pues, perciben que el gobierno no implementa políticas sociales de salud que mejoren la calidad de vida de la población, que la falta de servicios básicos y la contaminación ambiental constituyen grandes dificultades que impiden el logro de una vida saludable. Asimismo, señalan problemas logísticos y de infraestructura, aducen que no cuentan con materiales que ayuden a acercarse a la población, que no tienen los medios para difundir lo que han aprendido y que los auditorios que les dan para las capacitaciones son muy pequeños.

### **Diversos planes en las ONG**

El punto de vista de las ONG en la región ha concebido a la comunicación con cierto sesgo instrumental y difusionista. Los proyectos y programas de Comunicación en Salud que mencionan solamente incluyen actividades de producción y difusión de cuñas radiales, *spots* publicitarios y encuentros teatrales. No obstante, los objetivos para estas acciones han sido muy ambiciosos y han pretendido mejorar la calidad de vida de la población por medio del despliegue de capacidades.

Por otro lado, estas organizaciones se han trazado planes y proyectos en comunicación para la salud que serán implementados en un futuro y que han sido postulados de la siguiente manera: campañas de salud, planes de promoción de la salud, salud integral de la

mujer, movilizaciones, vigilancia ciudadana, promoción y defensa pública y capacitación, comunicación y asesoría.

### **Medios de comunicación ausentes**

En el autodiagnóstico no se ha nombrado la posición de la población frente a los medios de comunicación y tampoco frente a la promoción de la salud. Peor aun, en ninguno de los actores y sus distintas miradas se ha nombrado el papel de los medios de comunicación con respecto a la salud de la comunidad y como un agente promotor de ella. Solo se ha nombrado a los medios como soporte de materiales educativos (cuñas radiales, *spots* de TV, avisos en prensa escrita), es decir, desde el enfoque tradicional instrumentalista que hemos señalado anteriormente.

## **D. BARRERAS Y DIFICULTADES PARA LLEGAR A LA POBLACIÓN**

Las dificultades que señalan los profesionales de las ONG y especialmente los promotores son variadas, especialmente las que observan estos últimos. Se refieren, en primer lugar, a aquellos aspectos que tienen que ver con los hábitos de la población, relacionados en general, con el desconocimiento de patrones saludables. Por otro lado, toman en cuenta factores sociales como la elevada carga familiar, la falta de recursos económicos y la ausencia de documentos legales con los cuales atenderse (DNI, partida de nacimiento).

Tanto los promotores como el personal de las ONG observan que las costumbres de la población se convierten en dificultades para la solución de problemas de salud y para impulsar la promoción de la salud, puesto que relacionan dichas costumbres con el asistencialismo, bastante arraigado en los últimos años. Los agentes comunitarios declaran que la poca participación de la población se observa en personas que escuchan lo que se les dice pero que no lo ponen en práctica, en madres que no aportan a la solución de sus problemas de salud y en la falta de cooperación en general. Finalmente, ambos coinciden en nombrar la ausencia de una cultura para la prevención.

## VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS

### A. BALANCE DE LAS PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN Y LOS PROFESIONALES DE SALUD

La actitud de la población hacia los centros de salud y el personal médico es muy negativa para los logros que se quieren alcanzar. La indiferencia y la poca importancia que se le da a las recomendaciones de los médicos son preocupantes, no porque el problema radique en ellos, sino porque todo el sistema en el sector no está funcionando. El trato que reciben los ciudadanos en la región no es el adecuado.

Las autoridades de salud no observan esta inquietud de la población y dan mayor peso a las dificultades que se presentan en el nivel administrativo. En este sentido, postulan que los problemas que se dan en el sector son a causa de la centralización de recursos, la no operatividad de las políticas, la falta de presupuesto y de una cultura organizacional orientada al poder y al rol. Y en cuanto a factores externos, declaran la escasa coordinación y concertación multisectorial e interdisciplinaria, la heterogeneidad de la población y un posible rebrote del terrorismo. Es decir, en ningún momento las autoridades se refieren al problema de comunicación y de trato que los profesionales y técnicos de salud tienen con los pobladores, que, además, no asisten por su propia iniciativa al centro de salud, sino que lo hacen convencidos por los promotores.

## B. EL PAPEL FUNDAMENTAL DE LOS PROMOTORES

La principal tarea del promotor es realizar las visitas domiciliarias para observar cuáles son las condiciones de salud de las familias, especialmente de las mujeres y los niños. Por esta razón, son quienes captan a las gestantes para llevarlas al centro médico, llevan sus controles, las ayudan a prevenir cualquier inconveniente y vigilan la salud de los recién nacidos. En casos de emergencia, los promotores también ayudan a trasladar al hospital al enfermo y realizan el seguimiento para su recuperación. Asimismo, ante la lejanía de los pobladores frente al centro de salud, les enseñan a prevenir enfermedades, les incentivan al cuidado de su salud y los capacitan en diversos temas. En suma, los esfuerzos que realizan están orientados a sensibilizar a la población para que adopten hábitos saludables y modifiquen sus actitudes frente a su relación con el centro de salud.

Los promotores, entonces, cumplen un rol muy importante y cuentan con fortalezas vitales para el trabajo con los ciudadanos, ya que las experiencias que han tenido con ellos les han permitido conocerlos. Son personas especializadas que no solamente se han formado por el aprendizaje directo sino que también lo han reforzado en constantes capacitaciones recibidas. Pertenecen a una organización y cuentan con un equipo multidisciplinario y lo más importante es que recalcan estar dispuestos a ayudar a las personas que más lo necesitan. Ante esto, consideramos que ese ayudar se refiere a empoderar a la gente para que mejore sus condiciones y no *ayudar* para contribuir al asistencialismo que ciertos gobiernos han creado.

De otro lado, tenemos que observar que parte del papel que cumple el promotor o la promotora, al encontrarse entre el personal de salud y la población, está debilitado por los propios profesionales de la salud que no reconocen el trabajo que realizan y no los apoyan cuando lo necesitan. Peor aun, los promotores declaran que, cuando guían a los ciudadanos al establecimiento de salud, estos no reciben la atención deseada.

## **C. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ROL DE LA UNIVERSIDAD**

### **Esfuerzos fallidos desde la óptica de las ONG**

A pesar de los esfuerzos realizados por diversas instituciones en el ámbito de la salud y la comunicación, los profesionales de las ONG de la región declaran que los avances en las intervenciones han sido pocos y que la curva de logros es muy fluctuante. En este sentido, señalan, que ya es hora de que observemos con más detenimiento las debilidades del sector salud pero sobre todo, que vislumbremos cuáles son las reales necesidades de capacitación de todas aquellas personas que trabajan en él.

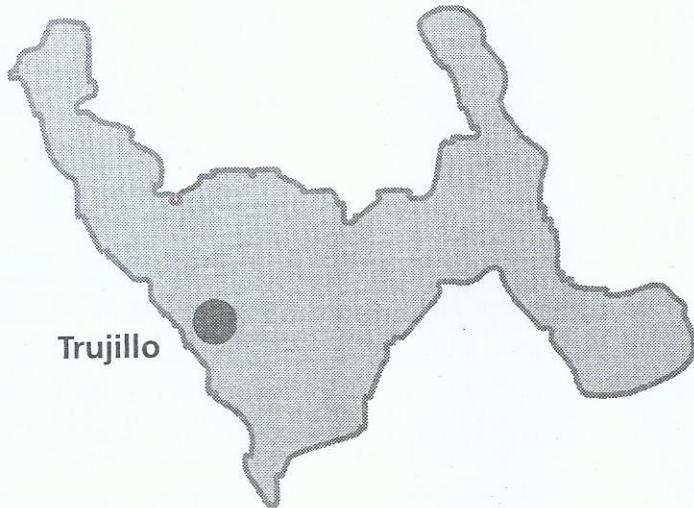
Según el personal de las ONG, la universidad debería capacitar en métodos y técnicas de Comunicación en Salud, modelos de comunicación, elaboración de materiales en comunicación así como en temas de la realidad regional, propiciar redes de salud, realizar investigaciones participativas y ser un importante agente de cambio social.

### **Diversas demandas en los promotores**

Como hemos venido observando, los promotores no han sido capacitados específicamente en temas de comunicación para la salud, lo cual es un vacío importante. Sus actuales demandas giran en torno a capacitaciones sobre temas de nutrición, cuidado del niño y medio ambiente, enfermedades y su prevención (parasitosis, enfermedades gastrointestinales, TBC, VIH/SIDA, enfermedades pediátricas, entre otras). También identifican la necesidad de recibir capacitación en temas de servicio a la población.

Según ellos, el rol de la universidad es capacitar a los ciudadanos en general para que contribuyan en las campañas de salud dirigidas a los sectores más vulnerables y para que manejen conocimientos de prevención. Asimismo, también ven a la universidad como un potencial agente de producción de material educativo para la salud.

# Región 5 LA LIBERTAD



## FICHA TÉCNICA

INSTRUMENTO	TOTAL
Fichas de vida cotidiana a la población	18
Entrevistas a promotoras	2
Entrevistas grupales con población	2 de 8 y 10 personas c/u
Entrevistas a personal de las ONG	2
Entrevistas a autoridades de salud y personal de salud	18

## ZONAS DE INTERVENCIÓN

Distrito de Moche  
Distrito de Laredo  
Distrito de El Porvenir

## **AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD**

### **A. VISIÓN GENERAL DE LOS AVANCES EN EL SECTOR SALUD**

En la región de La Libertad se han especificado los avances realizados para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, que es el primer gran lineamiento trazado por el MINSA. Se trata de seis resultados que ya están ejecutados y siete que se encuentran en proceso de ejecución.

Los resultados obtenidos hasta el momento para toda la región son: el fortalecimiento institucional de los equipos de promoción, mesas de concertación, avances en la reactivación de los comités multisectoriales con enfoques de promoción de la salud, fortalecimiento de los agentes comunitarios, un sistema de vigilancia comunal y planes operativos de promoción de la salud. Sin embargo, estos resultados se plantean de manera muy general, sin llegar a precisar los logros.

La región se encuentra en el proceso de constituir el Consejo Regional de Salud y los consejos provinciales de salud; municipios saludables mediante el trabajo de redes, familias saludables en comunidades seleccionadas, colegios que promuevan la salud, servicios que se reorienten a los enfoques de promoción de la salud, actividades que se encuentren dentro del modelo de atención integral y estilos de vida saludables. Los retos de desarrollo de la región son grandes y hay mucho por trabajar en ello, señalan los entrevistados.



## **Comunicación en Salud en la Dirección Regional**

Según la Dirección de Promoción de la Salud de la Región La Libertad, la promoción de la salud es «[...]un proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Procura crear y fortalecer las condiciones que habiliten a la población para adoptar decisiones prudentes en materia de salud e incentivarla a vivir una vida cotidiana saludable». Asimismo, afirma que la promoción de la salud se caracteriza por tener objetivos determinantes en la salud, dirigirse al público en general, ser intersectorial, actuar preferentemente fuera de los servicios de salud y tener un efecto múltiple.

Por otro lado, las funciones esenciales que identifica la comunicación para la salud son la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en tanto la comunicación «implica procesos y medios que motivan y estimulan el aprendizaje y la toma de decisiones».

Especialmente, subraya la importancia de la comunicación para el cambio de comportamientos pues afirma que «Los programas para promover cambios de comportamiento saludables y de prevención de la enfermedad han demostrado que las estrategias de comunicación pueden ser un excelente apoyo para promover la salud».

### **B. MUJER EN LA URBE: ESPACIOS COMUNICATIVOS EN LO PÚBLICO Y LO PRIVADO**

Para este caso, las fichas de vida cotidiana han sido aplicadas a las promotoras, así que, sin considerar las actividades que realizan en el centro de salud veamos cuáles son los espacios de comunicación en las que están inmersas de manera representativa la mujer en la región.

Las mujeres suelen levantarse muy temprano en la mañana (entre las cuatro y las 6:30 a.m.) a preparar el desayuno para su familia y recoger agua. Gran parte de ellas se dedica a las labores de la

casa y al cuidado de los hijos –incluso los llevan y recogen del colegio–. En el bloque de la tarde, algunas madres atienden a sus hijos en las tareas del colegio y otras continúan trabajando.

Si bien el espacio de comunicación que se genera en el hogar es importante, la cantidad de horas que ellas pasan fuera de él configura otros espacios quizá más importantes. Uno de ellos es el mercado, donde realizan las compras del día y conversan con amigas y vecinas. El valor que tiene este momento de compra es significativo en tanto las mujeres se sienten a gusto en todo el trayecto. El otro espacio es el centro de trabajo, que puede ser su casa cuando lavan ropa para otros en su propio lavadero o la calle si lo que hacen es vender golosinas. Este espacio también es importante por el valor que le dan las mujeres como fuente de trabajo para aportar ingresos a su hogar. Así pues, se observa una mujer muy activa que no solo trabaja dentro del hogar sino también fuera de él, por ello se refiere reiteradamente al cansancio y la rutina doméstica en sus actividades diarias.

En este sentido, los ambientes de comunicación se generan a través de los respectivos interlocutores. En el hogar, la pareja, los hijos, la madre y el padre; en la calle, las vecinas y amigas; y en el trabajo, los clientes. Para todos estos espacios, el medio preferido es la radio y en segundo lugar, la televisión.

## **C. SALUD Y COMUNICACIÓN EN LA COMUNIDAD**

### **Los problemas de salud según la población**

Según los agentes comunitarios de salud, los principales problemas de salud de la región en las ciudades son las EDA, la desnutrición, las IRA, la TBC y las alergias a la piel, siendo los más afectados los niños menores de cinco años y los adultos mayores. Para ello, reconocen seis causas como el origen de estos problemas: la falta de agua y desagüe, el deficiente recojo de basura, la contaminación ambiental, el poco consumo de alimentos balanceados, la falta de higiene en la preparación de alimentos y los cambios de

clima. Como observamos, las tres primeras causas son competencia –aunque no exclusivamente– de las municipalidades y las otras tres, de la población. En cuanto a la situación de las zonas rurales, también destacan las EDA, las IRA y las enfermedades de la piel; las causas que se atribuyen también tienen que ver con la falta de agua y desagüe y además, aparece una razón más específica, la contaminación causada por las ladrilleras. Así pues, en este panorama de las enfermedades y sus causas se advierte que la responsabilidad en salud concierne a la sociedad en su conjunto.

En cuanto a los hábitos alimenticios de la población, la dieta que se consume en las zonas urbanas consta de menestras, arroz, frutas, pollo y verduras poco cocidas, mientras que en las zonas rurales solo se mencionan las menestras y las verduras. Para prevenir el dengue, consumen agua con abate.

La actitud de la población frente a la medicina tradicional y a la asistencia al centro de salud varía en las zonas urbanas y en las rurales. Para el caso de las primeras, es mínima la cantidad de personas que utilizan la medicina tradicional, la gran mayoría de los pobladores prefiere asistir al centro de salud. Las promotoras opinan que como el centro de salud está en la Plaza de Armas en algunos de los distritos, la gente acude frecuentemente, lo que evidencia la importancia del factor ubicación y cercanía. En las zonas rurales en cambio, se da exactamente lo contrario y la mayoría de la población prefiere recurrir a los medicamentos caseros para calmar alguna dolencia en lugar de acudir al centro de salud. Declaran que este se encuentra alejado y lo más probable es que no tengan dinero para trasladarse, pagar la cita o los medicamentos recetados.

### **Campañas y temas variados para promover la salud**

Los agentes comunitarios de salud recuerdan tres campañas de salud de características bien diferenciadas y relacionadas a las tres principales enfermedades de la región. La primera de ellas fue contra el dengue y su objetivo era el de educar a la población en prácticas que lo prevengan. La segunda fue contra las EDA y su objetivo era disminuir la prevalencia de la enfermedad en niños menores de cinco

años. Y la tercera fue contra las IRA y su objetivo era aumentar el interés de la población en mejorar la calidad de vida de los niños.

Como observamos, según la percepción de los agentes comunitarios, una de las campañas se ha orientado a generar comportamientos en la población, la otra a generar resultados y la tercera a crear una actitud; y no han tenido necesariamente un enfoque de promoción de la salud.

En cuanto a las capacitaciones y charlas, la población cree que se deberían tratar temas como las EDA, las IRA, el dengue, la osteoporosis, temas del adulto mayor, autoestima, y piensan que las personas que deben hablar sobre dichos temas son los doctores, las promotoras y los especialistas según sea el tema.

### **Confianza en las promotoras y desconfianza en el personal de salud**

Las promotoras no tienen horario y afirman trabajar las 24 horas puesto que los pobladores las buscan en cualquier momento y están dispuestas a colaborar. La comunidad confía en ellas y no solo las buscan cuando se les presentan problemas o necesitan algún consejo sobre salud sino que también solicitan su apoyo para problemas familiares que pueden estar relacionados con situaciones tan graves como violencia o maltrato.

Esta confianza que la población ha establecido con las promotoras genera una relación importante que se debe mantener. Las promotoras son las que apoyan al centro de salud en las campañas, hacen el trabajo de hormiga y captan a los pacientes para que acudan; sin embargo, el personal del centro de salud no valora su labor y tampoco les ha dado un carnet de identificación. Más aun, cuando la atención del centro es deficiente, se le responsabiliza a ella. Es por eso que la poca coordinación y comunicación entre el sector salud y las promotoras hace peligrar la confianza que la población tiene en ellas.

En cuanto a la relación de la población con el centro de salud, generalmente las personas solo acuden cuando están muy enfermas o cuando tienen alguna emergencia. Como se mencionó ante-

riormente, en las zonas rurales la primera opción es la medicina tradicional. Así, pues, la población identifica ciertas debilidades en la atención que reciben en los centros de salud: tiempo de espera muy prolongado para ser atendidos, incumplimiento del horario, maltrato (especialmente de parte del personal administrativo) y discriminación según la procedencia. En general, la atención es calificada de regular. La situación se agrava frente a la desconfianza en el personal de salud y la percepción de que no los evalúan debido a las múltiples deficiencias. Algunas personas declaran que se llegan a identificar con algún médico o enfermera pero que, fatalmente, la rotación genera una ruptura en dicha relación –especialmente en las zonas rurales–.

Finalmente, hay una mala política de información, según la percepción que tiene la población, puesto que el personal en su conjunto no tiene la disposición para informar adecuadamente ni para coordinar una buena atención.

### **Distintas actividades de comunicación según diferentes actores**

En el distrito del Porvenir, la participación de las promotoras de salud en actividades de comunicación no interpersonales ha consistido en el apoyo que brindaron a las campañas de control del dengue con el objetivo de educar a la población. En el distrito de Moche en cambio, las campañas en las que participaron tuvieron como objetivo reducir los casos de EDA e IRA en niños menores de cinco años. Como observamos, las campañas surgen como respuesta a una necesidad de control y las promotoras están habituadas a este tipo de participación de fines cortoplacistas.

La participación que tienen las ONG, en cambio, como es de suponer, tiene un perfil completamente distinto. Las acciones en comunicación que se mencionan son las mesas de trabajo, redes, foros, cursos, campañas, talleres y ferias, además de la producción de programas radiales y materiales impresos como revistas y boletines. Estas acciones se enmarcan en proyectos y planes de promoción y comunicación que en algunos casos se realizan en alianzas

con otras entidades públicas y privadas. Con ello, se ha logrado sensibilizar a la población sobre diversos temas, se ha permitido el diálogo entre entidades del sector público y privado, se han puesto en cuestión mitos y prejuicios y se ha dado voz a los ciudadanos, lo que ha incrementado las denuncias sobre calidad de atención.

Los temas más recurrentes tratados por las ONG de la región son salud y género, saneamiento ambiental, prevención y violencia contra la mujer, medicina tradicional y salud sexual y reproductiva.

### **Credibilidad en los medios actuales y demanda de nuevos medios**

Tanto la población como las promotoras consideran que los medios de comunicación, en especial la radio, son los medios más rápidos para propagar información y los más idóneos para difundir campañas debido a su llegada a la gran mayoría de la población y principalmente, por la credibilidad que tiene en el público. Observan como desventaja no contar con una radioemisora local. Sin embargo, sí se cuenta con cierta producción regional ya que la ONG Micaela Bastidas produce un programa radial llamado «Mujeres como tú» el cual informa sobre derechos, prevención y vigilancia social en coordinación con el sector salud y otras entidades que trabajan en el tema.

La población declara que para informar sobre salud, los medios de comunicación deberían transmitir programas de consulta con especialistas y promotoras, dar la posibilidad de realizar consultas y movilizar a la población hacia los centros de salud. También demandan que se haga material impreso y boletines informativos.

## **D. DIFICULTADES QUE SE ENFRENTAN**

La importancia de definir las características sociales y culturales de la población –que son o pueden convertirse en barreras frente a prácticas saludables– es resaltada por las autoridades. Según la Dirección de Promoción de la Salud se realizan investigaciones para conocer e identificar los conocimientos y hábitos de la pobla-

ción con respecto al cuidado de su salud. Refieren que en algunas subdirecciones existe poca o nula investigación sobre aspectos culturales que permita un mejor conocimiento sobre las prácticas de salud de la población.

Aparentemente, las promotoras de salud no identifican barreras sociales y culturales significativas en la población. Afirman que los problemas de salud se deben a la mala alimentación y a la falta de higiene en la preparación de los alimentos de la población. Dan mayor importancia a factores externos a la población que tienen que ver principalmente con los gobiernos municipales y los problemas de saneamiento y recojo de basura.

El personal de las ONG, en cambio, reconoce ciertas dificultades en las características de la población como el desconocimiento de sus derechos, la persistencia de patrones de desigualdad de género, la inexistencia de vigilancia ciudadana y la baja autoestima en las mujeres.

No podemos dejar de mencionar que uno de los principales impedimentos para el desarrollo que el personal entrevistado de las ONG identifica –para algunos casos– es la falta de integración entre el sector público y el privado. Ellos afirman que como las ONG llegan a más comunidades rurales, en algún momento, personal del sector salud los han visto con cierta rivalidad.

## VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS

### A. ¿CENTRO DE SALUD O CENTRO DEL CONFLICTO?

Nuevamente, para el caso de la región La Libertad, encontramos que la problemática de la salud se relaciona principalmente con las enfermedades que atacan a la población, tanto para las autoridades en salud como para la misma población. Estas enfermedades son las EDA, las IRA y las enfermedades de la piel. Las diferencias radican en las percepciones de las causas de dichas enfermedades y los obstáculos que existen para su prevención.

Por un lado, la población da mayor peso a los factores que son competencia de la autoridad como la falta de agua y desagüe, el deficiente recojo de basura y la contaminación ambiental, pero también reconoce la falta de higiene en la preparación de alimentos y los cambios de clima. Las autoridades de salud, en cambio, están más abocadas a controlar las enfermedades por medio del buen funcionamiento de los centros de salud (para cumplir los objetivos de reducción de las tasas de crecimiento de las enfermedades) y de prevenir las enfermedades mediante el cambio de comportamiento de la población. Por esta razón es que ha aparecido la preocupación de comenzar a conocer a la población y realizar estudios CAP.

El encuentro de médicos y enfermeras con la población en los centros de salud demanda mucha atención porque es ahí donde confluyen las percepciones que ambos tienen de cada uno. Por ello debemos observar que si bien la mayoría de los pobladores acude a



los centros, estos no advierten las verdaderas razones por las que deben estar en contacto permanente con ellos. Existe una percepción ambivalente frente a los médicos, puesto que se desconfía de ellos por el mal trato que perciben, pero también se les legitima como posibles educadores. Se hace muy posible, entonces, que la desconfianza en ellos provenga de las malas experiencias que han tenido en cada una de las visitas al centro de salud.

## **B. INTERMEDIARIAS SACRIFICADAS**

Las promotoras de la región son la pieza fundamental en la dinámica de la salud de la población. Al tener las características culturales de ella, son las más cercanas a su dinámica. Sus percepciones no consideran barreras sociales y culturales diversas que puedan impedir a la población superar sus problemas de salud y más aun adoptar hábitos saludables. Son conscientes en cambio de aspectos básicos como la higiene y la alimentación. Ella es la intermediaria perfecta entre el poblador y el centro de salud. Además, es uno de los apoyos principales en las campañas que se realizan para prevenir o controlar enfermedades. Educan a la población, mas no tienen un claro enfoque hacia la promoción de la salud.

Es tal la confianza que los ciudadanos tienen en ellas, que no solo las buscan a cualquier hora y les consultan sobre cómo curar ciertas enfermedades, sino que también las consideran amigas y consejeras de los asuntos familiares.

No obstante, a pesar del importante papel que las promotoras tienen y el sacrificio que realizan, muchas veces su trabajo no es reconocido. Por un lado, en ciertas ocasiones el poblador pasa una mala experiencia en el centro de salud y al ser ella quien lo alentó a asistir, se le considera como culpable. Por otro lado, según sus propias declaraciones, no hay motivación ni aliento de parte del personal de salud, quienes no reconocen ni valoran su labor. Así pues, esta situación de conflicto y la falta de comunicación y coordinación entre la promotora y su sectorista, como lo advertimos

anteriormente, es una amenaza para la buena relación que mantienen con los pobladores.

### **C. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

En primer lugar, las promotoras desean capacitarse en temas específicos de salud y en cómo se previenen. Ellas no perciben la necesidad de capacitarse en temas de Comunicación en Salud a pesar de reconocer su función educativa frente a la población. Más aun, están alejadas del concepto de promoción debido a su exclusiva preocupación por la prevención.

Por otro lado, como hemos observado, la Dirección de Promoción de la Salud reconoce la importancia de la comunicación pero más en el nivel institucional y no tanto en el interpersonal. Es decir, no se explicita la necesidad de capacitar al personal de salud en habilidades comunicativas, a pesar de la opinión que conserva la población sobre la atención que reciben en el centro de salud y la desconfianza que tienen en el personal. No hay que olvidar tampoco que el personal de las ONG declara que existe poca o nula capacitación de las autoridades locales en temas de salud.

Las ONG, por su parte, están más conscientes de sus necesidades. Ellas han jugado un papel importante en la comunicación y la promoción de la salud puesto que a lo largo de su vida institucional han implementado variados proyectos en la zona y cuentan con fortalezas y aprendizajes que aprovechar. En primer lugar, hay que resaltar el vínculo que tienen con otras entidades públicas y privadas locales, nacionales e internacionales; asimismo han desarrollado capacidades en metodologías de preparación de diagnósticos y evaluaciones. Sin embargo, reconocen conservar ciertas debilidades en el desarrollo de las capacitaciones y la asistencia técnica.

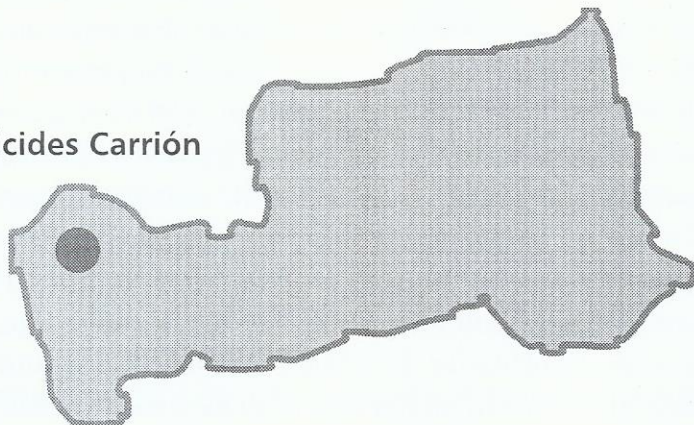
Las ONG demandan a la universidad capacitación en diversos temas relacionados con la Comunicación en Salud que aquí reproducimos: salud como un derecho humano, calidad de atención en los servicios, salud y participación ciudadana, la salud y los patro-

nes culturales, mujer y salud, adolescentes y salud, derechos sexuales y reproductivos, cultura organizacional en salud, los medios de comunicación y la salud, promotores de salud y formas de comunicación, información local, las escuelas, los profesores y la salud, operadores de salud y promoción de la salud.

Finalmente, el personal de las ONG opina que hay una escasa proyección de los estudios en salud. Perciben que la universidad tiene responsabilidades frente al desarrollo y la mejora de la salud de la comunidad. Consideran que debe educar desde una perspectiva de Derechos Humanos y brindar formación sanitaria, sociológica y de antropología peruana. En relación con la generación de conocimientos, opinan que la universidad debe investigar y difundir los adelantos científicos en la atención de la salud, así como elaborar diagnósticos especializados de la región y del país. Al referirse a la participación de la Universidad en la sociedad en la cual se encuentran, señalan que esta tiene que promover la participación ciudadana en la vigilancia y transparencia de la gestión pública del sector y contribuir a la concertación en el ámbito de la sociedad civil.

## Región 6 PASCO

Alcides Carrión



FICHA TÉCNICA	
INSTRUMENTO	TOTAL
Fichas de vida cotidiana a la población	9
Entrevistas a promotoras	9
Entrevistas a pobladores	9
Entrevistas a personal de las ONG	4
Entrevistas a autoridades de salud	6

ZONAS DE INTERVENCIÓN	
Centro Poblado de Pocobamba (Provincia Alcides Carrión)	
Centro Poblado de Huayo (Provincia Alcides Carrión)	

## **AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD**

### **A. PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EN EL SECTOR SALUD**

No se han señalado los avances específicos en cada uno de los nueve lineamientos delimitados por el MINSA; sin embargo, se ha preguntado a las autoridades de salud de la DISA y EsSalud sobre los programas que se están implementando para resolver los actuales problemas de salud y espontáneamente se ha señalado el modelo de atención integral, campañas de sensibilización, el tradicional chequeo médico y la promoción de estilos de vida saludables.

#### **Rol de la comunicación según las autoridades de salud**

La actitud que se ha observado en las autoridades con respecto a la Comunicación en Salud ha sido positiva. Según ellos, se le da mucha importancia a la comunicación; el personal a cargo de ella son profesores en relaciones públicas e imagen institucional. Así pues, por este primer acercamiento podemos deducir que la comunicación no es considerada en su sentido más actual con respecto al diálogo, la ciudadanía y el desarrollo sino está más orientada al cuidado de la imagen institucional.

Los entrevistados señalan que el material de comunicación que se produce son llaveros, afiches y trípticos, y que los medios que se utilizan son la radio, la televisión y los medios impresos (trípticos y boletines). Las actividades locales y públicas de comunicación que

realizan son concursos, caminatas, pasacalles y seminarios. Se muestran satisfechos con esas actividades de Comunicación en Salud; sin embargo, declaran que se requiere de mayor capacitación.

Prioritariamente trabajan en la comunidad con los clubes de madres, la organización del vaso de leche y otros grupos organizados. Por otro lado, las instituciones con las que coordinan actividades son el gobierno regional, los municipios, las organizaciones sociales y la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Señalan que, como parte de su labor, realizan investigaciones culturales que permiten conocer la sociedad en la que viven y tener un patrón de referencia para sus intervenciones. Finalmente, todas las autoridades entrevistadas han subrayado que consideran la equidad de género mediante la participación activa de hombres y mujeres en las actividades de salud y que también trabajan bajo una perspectiva de derechos ciudadanos.

## **B. ESPACIOS DE COMUNICACIÓN E INTERLOCUTORES**

Los pobladores entrevistados han tendido a dar respuestas muy similares, lo que nos indica un grado de confiabilidad mayor en los resultados obtenidos en la investigación. Dichos resultados señalan que pasan el mayor tiempo del día en su casa o en la casa de un familiar y sus interlocutores principales son sus familiares, con quienes entablan conversaciones alrededor de temas personales o concernientes a lo que sucede en sus familias. Estos espacios de comunicación se complementan además con el consumo de radio y televisión, de las cuales muestran preferencia por la primera, puesto que señalan que en la televisión solo cuentan con los canales TNP y ATV.

Es importante analizar que cuando se les preguntaba a los entrevistados con quién y sobre qué dialoga, se percibía en ellos cierta inseguridad e incomodidad. Pensamos quizá que se trata de una reacción ante preguntas que se pueden sentir como invasoras de la intimidad o extrañas ante una presunta cultura de poco diálogo.

Aparentemente, perciben que su vida transcurre de modo calmado, a un ritmo lento –comparado a la vida cotidiana de los pobla-

dores de la ciudad- aunque de mucho trabajo y de preocupación por las informaciones de violencia en el país que reciben de los medios de comunicación. La tranquilidad que señalan en su vida, además, se complementa con la rutina que llevan y se rompe cuando llegan familiares y amistades de visita o se presenta algún evento comunitario al que tienen que asistir.

Otro punto importante que merece atención es la participación de la población en las actividades de su comunidad, aunque el grado de involucramiento no sea el ideal. Todos los entrevistados pertenecen a un grupo u organización que se reúne semanalmente; sin embargo manifiestan que asisten para recibir ayuda social. Es evidente entonces que no se trata de una participación comprometida sino de una práctica principalmente asistencialista.

### **C. MIRADA GENERAL A LA SALUD EN LA COMUNIDAD**

Los problemas de salud más frecuentes según la población son, en primer lugar, las IRA, las EDA; y, en segundo lugar, la hidatidosis y la litiasis. Manifiestan de modo unánime que el grupo etario más afectado es el de los niños y en menor medida los adultos mayores (no mencionan a adolescentes ni a adultos). Las causas de las enfermedades que reconocen son dos: la primera y de mayor mención es el factor climático y la segunda, la carencia de agua potable.

La dieta alimenticia que lleva la población se caracteriza por ser abundante en carbohidratos y baja en vitaminas. En el desayuno predomina la ingesta de chuño, cancha, papas y como acompañamiento, los mates y el café. En el almuerzo, los caldos o las sopas son ingeridos junto con un pedazo de carne y papas. Finalmente, en la cena no falta la mazamorra o la sopa también con papas. Como observamos, las vitaminas no están presentes en dicha dieta. Sin embargo, al preguntar a la población sobre su consumo de vegetales, la mayoría manifiesta que consume verduras diariamente y frutas una vez por semana. En cuanto a la leche y la carne, el consumo es mayor: tres veces a la semana.

Los entrevistados, en promedio, se lavan las manos dos veces al día y realizan su higiene corporal una vez a la semana. Por otro lado, la limpieza de la vivienda es realizada diariamente, aunque, por la observación realizada para el autodiagnóstico, el excremento de los animales no permite mantenerla aseada. En cuanto al medio ambiente, la mayoría de pobladores manifiesta que este se encuentra adecuadamente limpio.

Frente a estas respuestas, en las fichas de vida cotidiana observamos que la población solo le da importancia a su salud cuando se enferma. Identifican a la madre como la única responsable del cuidado de salud de la familia; ella, para lograrlo, se preocupa por dar abrigo, preservar la higiene y consumir hierbas medicinales en caso de enfermedad, puesto que el uso de la medicina tradicional es primordial.

### **Promoción de la salud según la población**

Las campañas de salud que se realizan son reconocidas por un poco más de la mitad de los entrevistados. La mayoría recuerda campañas odontológicas y dependiendo de ello reconocen sus objetivos, que en su mayoría se orientan a la promoción. Todos los entrevistados opinan que las campañas son de mucha utilidad para su salud y casi la totalidad de ellos dice que acude a ellas porque se realizan esporádicamente y porque son gratuitas. Esta actitud positiva ante las campañas se observa también en las respuestas obtenidas en las fichas de vida cotidiana donde se señala la participación activa en ellas opinando además que se deben seguir realizando para así promocionar la salud.

Del mismo modo, la actitud frente a la información en los pobladores es positiva. No se muestran indiferentes ante aquellos temas que ignoran, mas bien proponen algunos: control de calidad y consumo de agua, control y crianza de animales, prevención de enfermedades y cuidado del medio ambiente. Como vemos, se trata de temas relacionados con su salud y forma de vida. Según ellos, esta información debería ser brindada por profesionales de la salud en los días de fin de semana y en las tardes; asimismo, estarían dis-



puestos a transmitir dicha información a su familia y comunidad. Estas respuestas nos demuestran que en realidad sí se interesan en invertir tiempo para dialogar sobre temas de salud y están buscando espacios disponibles para hacerlo.

### **Frente a la promotora y el servicio de salud**

Ante cualquier problema de salud que las personas consideren solucionable, se recurre a las plantas medicinales de la zona. La población solo asiste a los puestos de salud en caso que perciban encontrarse ante una enfermedad grave que no podrán detener. Según esto, deduciríamos que la población no está satisfecha con el servicio que recibe en los puestos de salud; sin embargo, casi la totalidad de encuestados declara que el trato del personal es bueno, mientras que otra parte de ellos dice que la calidad de atención es buena o regular.

El rol del establecimiento de salud que se percibe es el preventivo y promocional por medio de charlas educativas y visitas domiciliarias. Sin embargo, esta percepción contradice un poco el verdadero rol que los centros de salud cumplen puesto que, como hemos visto, la población solo se relaciona con ellos cuando tiene que curarse de alguna enfermedad y no cuando tiene que prevenirla y menos aun cuando quiere saber sobre las mejores formas para tener una vida saludable.

Frente a las promotoras, la mayoría tiene una actitud positiva y afirma que se desempeñan bien, que no descuidan a sus pacientes, que trabajan con entusiasmo y que coordinan con el pueblo actividades del sector salud. Otros, en cambio, nombran su falta de iniciativa, su falta de diálogo con la comunidad y dicen que deben ser cambiadas. Al igual de lo que pasa en otras regiones, la población acude a las promotoras para diversos fines: recibir información y despejar dudas sobre temas de salud (consejería) y para ampliar conocimientos sobre problemas familiares y sociales. Según estos hechos concretos y estas opiniones, observamos que el rol de la promotora no es cuestionado, pero sí puede haber disconformidad con algunas promotoras en particular.

## Comunicación, promoción y promotoras

Las promotoras, en su mayoría, dicen haber recibido capacitación en temas de comunicación. Identifican a las charlas y a las campañas de salud como actividades de comunicación, educación y movilización y declaran haberlas realizado y haber logrado dos objetivos: el cambio de actitudes y la capacitación. En estas actividades, además, ellas aprendieron a ser líderes de la comunidad y a identificar la responsabilidad que implica ayudar a la población en salud.

### La experiencia comunicativa de las ONG

La percepción de los profesionales que trabajan en las ONG nos brindará una nueva visión de la salud en la comunidad y sobre su trabajo específico en ella. Por ello, consideraremos las respuestas de una ONG en particular que dice haber trabajado en proyectos y planes de promoción sobre educación sanitaria en salud bucal. Ellos manifestaron tener una línea de trabajo de Comunicación en Salud que consiste en charlas, talleres y *spots* radiales. Asimismo, dijeron conocer proyectos y programas de Comunicación en Salud cuyo objetivo fue educar y concientizar sobre la importancia del cuidado de la salud por medio de campañas en las que participó activamente la comunidad. Señalan que la implementación del proyecto logró orientar a la población, que sus dificultades se centraron básicamente en el presupuesto limitado y que principalmente aprendieron a trabajar en equipo.

Tenemos escasa información sobre cómo se han capacitado en temas de salud y promoción de la salud; sin embargo, podemos observar que en temas de comunicación para promoción de la salud se menciona un curso de *marketing* y para la línea de promoción de la salud, un curso de actualización en salud pública.

### Medios de comunicación social según la población

De modo preocupante, la mitad de entrevistados señala que la radio no cumple ningún rol frente a la salud. Solo tres personas

aducen que la radio cumple el rol de promocionar la salud y otro tanto dice que esta brinda poca información. Los entrevistados que reconocen que se habla de salud en la radio dicen que los encargados de ello son el personal de salud como médicos y enfermeras. El programa que se menciona se llama «Clastusi» y es transmitido dos veces a la semana en Radio Tusi. En cuanto a la preferencia de medios, sorpresivamente encontramos que la mayoría de personas prefiere la televisión para aprender en temas de salud, en segundo lugar se nombra a la radio y a la educación para la salud (en forma de charlas y talleres).

En las fichas de vida cotidiana en cambio, la radio y la televisión tienen el mismo peso en cuanto a preferencia. Se señala además que la radio es más fácil de consumir y de mayor accesibilidad. Los programas más valorados son los noticieros debido a su importancia para el conocimiento de la realidad en la que viven y para actualizarse en los eventos que ocurren en el país y el mundo.

#### **D. DIFICULTADES QUE SE ENFRENTAN**

Las barreras que las promotoras señalaron como agravantes de las causas por las que se presentan los problemas de salud tienen que ver con el desinterés de la población en su salud y con su no asistencia a los centros de salud. En cuanto a las dificultades por las que atraviesan cuando participan en actividades de comunicación, educación y movilización también aparece el tema del poco interés de la población acompañado de una situación más grave aun: la presencia de participantes analfabetos (posteriormente señalaremos también la falta de educación de la población como una de las situaciones señaladas por las promotoras).

# **VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS**

## **A. PERCEPCIONES DE LAS AUTORIDADES DE SALUD Y DE LA POBLACIÓN**

A diferencia de lo que piensan los pobladores, las autoridades de salud de la DISA y EsSalud dicen que el problema de salud más frecuente es la hidatidosis (también nombraron a las EDA y al alcoholismo acompañado de la violencia familiar). Asimismo, reiteran que su gran limitación es que no pueden llegar a las zonas periféricas debido a la falta de recursos y de accesibilidad a ciertos lugares o porque en algunas zonas no hay o hay pocos asegurados.

Ofrecieron su punto de vista sobre la dinámica del sector salud en la región y evidenciaron diversos problemas que están afrontando para el buen desempeño de su trabajo. Dentro del sector salud, declaran que hay poca sensibilidad, presupuesto limitado, cambio constante de directores, falta de Comunicación en Salud, falta de personal en la periferia, bajo nivel de comunicación organizacional y problemas climáticos. Ponen mayor énfasis en la idiosincrasia de la población como un problema externo al sector, también nombran la falta de concientización.

A diferencia de lo que señalan las autoridades de salud de la región, la población se muestra interesada en los temas que se refieren a su salud, mostrando una actitud positiva ante las activida-

des en las que pueden participar para promocionar la salud así como para capacitarse y adquirir habilidades para llevar una vida saludable. Sin embargo, si bien señalan estar de acuerdo con las medidas que los establecimientos han tomado para el cuidado de su salud, se observa cierta indiferencia en sus respuestas y, por lo tanto, poco convencimiento de lo que afirman.

## **B. OTRA PERSPECTIVA: LAS PROMOTORAS**

Las promotoras de la región señalan que las principales motivaciones que las llevaron a ser promotoras son el tener la posibilidad de apoyar en su comunidad y de aprender sobre salud. Para ello, fueron capacitadas en diversos temas (inmunizaciones, alimento del niño y la gestante, primeros auxilios, estimulación temprana, violencia familiar y comunicación/autoestima) por profesionales de salud, pero principalmente por la ONG ADRA. Ante su formación como promotoras, perciben que sus debilidades han sido el incumplimiento y sus problemas de carácter.

Actualmente, ellas se dedican a dar charlas, talleres y a colaborar en las campañas de salud, actividades que además ellas consideran las más importantes en su desempeño conjuntamente a las capacitaciones que han brindado.

Las promotoras entrevistadas señalan en sus respuestas una gran diversidad de enfermedades en la población, así pues, dicen que las más frecuentes son las respiratorias, las diarreicas, las caries, la parasitosis, la artritis y la desnutrición. La causa que reconocen para dichos problemas de salud es principalmente la falta de tratamiento del agua; y en segundo lugar, la falta de limpieza, el factor climático y la falta de educación. Ellas perciben que las situaciones que impiden que estas adversidades desaparezcan son variadas. Entre las más mencionadas encontramos la falta de apoyo de las autoridades, los escasos recursos económicos, el desinterés de la población, la mala atención en los servicios de salud y la poca predisposición de la población a asistir a los centros de salud.

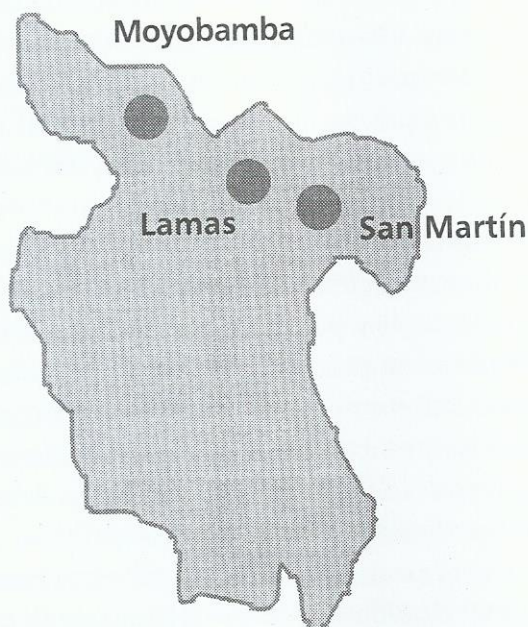
### C. DEMANDAS DE CAPACITACIÓN Y ROL DE LA UNIVERSIDAD

Ante la universidad, las promotoras tienen múltiples expectativas y le atribuyen diversos roles. Según ellas, para que la universidad contribuya al desarrollo de la comunidad, principalmente debe estar en constante coordinación con ella, debe realizar campañas de salud periódicamente y trabajar bajo la firma de convenios.

Por otro lado, esperan que la universidad las capacite en temas de liderazgo, autoestima, medicina básica, EDA e IRA. En cuanto a temas de comunicación para la salud, también se menciona el liderazgo y la autoestima y aparecen nuevos temas como el de estrategias de comunicación, elementos básicos del cuidado de la salud, primeros auxilios y planificación familiar. Como vemos, los temas de comunicación para la salud son confundidos con los de salud propiamente dichos y no se percibe un enfoque claro de la contribución de la comunicación para la promoción de la salud. Habría que preguntarnos qué es lo que ellas esperan de un taller de comunicación, que es donde quieren participar.

Según los profesionales de las ONG entrevistados, el rol de la universidad en relación con la promoción de la salud y la comunidad también debe comenzar por un mayor acercamiento a ella a través de convenios con instituciones privadas. Señalan que debe tener un rol social que beneficie a pueblos jóvenes –creemos que se refieren a los grupos más vulnerables– y a una posición de trabajo conjunto de mutua complementariedad institucional. Finalmente, identifican cuatro temas de comunicación para la promoción de la salud a ser abordados en talleres: autoestima, liderazgo, educación sanitaria y temas de salud. Particularmente, ellos mencionan que querrían participar en los talleres de liderazgo, salud bucal y salud comunitaria.

# Región 7 SAN MARTÍN



## FICHA TÉCNICA

INSTRUMENTO	TOTAL
Fichas de vida cotidiana a la población	30
Entrevistas a promotoras	26
Grupos focales con población	3 de 8-10 personas c/u
Entrevistas a personal de las ONG	12
Entrevistas a profesionales de salud	18
Entrevistas a técnicos de salud	12
Observación en establecimientos de salud	5

## ZONAS DE INTERVENCIÓN

Provincia de San Martín: distritos de Tarapoto, Morales y La Banda de Shilcayo

Provincia de Lamas: distritos de Cuñumbuque y El Pongo de Caynarachi

Provincia de Moyobamba: distrito de Soritor

# AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD

## **A. AVANCES EN LOS NUEVE LINEAMIENTOS TRAZADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD**

### **1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles**

Se ha creado la Dirección General de Promoción de la Salud. Con el sector educación se han logrado convenios para incluir en las currículas temas de salud y se ha formulado e implementado el plan regional de escuelas saludables. Solo la educación para la salud de nivel superior no está implementada. Finalmente, existe una atención integral para la prevención de enfermedades transmisibles.

### **2. Impulso al aseguramiento universal**

Aún es limitada la inscripción de pobladores que viven en extrema pobreza. Por otro lado, no está implementado un sistema que permita discriminar a usuarios de otro seguro. Sin embargo, se ha logrado asegurar al 70% del público objetivo, incluyendo a niños menores de cinco años y gestantes, quienes además ya han sido atendidas gracias al seguro.

### **3. Ampliación del suministro y uso racional de medicamentos**

Ya se ha procedido a la implementación de los comités farmacológicos en los principales establecimientos y se está llevando a cabo un monitoreo basado en indicadores para garantizar el abastecimiento y la disminución de vencimientos. To-



davía falta implementar el control de abastecimiento de insumos.

**4. Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos**

Por el lado de las debilidades tenemos que no se implementan las pasantías del personal, faltan cursos de postgrado, no hay un seguimiento del desempeño del personal capacitado y los procesos de planificación sanitaria son aún incipientes. Por el lado de los avances, se ha elaborado el diagnóstico de la situación de recursos humanos, se han programado y realizado capacitaciones, se han puesto en práctica mecanismos como el ROF y el CAP, los cuales mejoran el sistema administrativo, y, finalmente, se ha elaborado un sistema de estímulos para el personal.

**5. Sistema regional coordinado y descentralizado de salud**

Se ha ampliado la participación ciudadana a través de los CLAS, se está implementando el Consejo Regional de Salud y se han transferido las funciones.

**6. Nuevo modelo de atención integral**

Se ha elaborado el Plan Piloto en la región y se ha dado prioridad a las actividades por ciclo de vida y daños prevalentes.

**7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial**

Se ha organizado el Consejo Regional de Salud y se ha intentado convocar a otras instituciones prestadoras de salud.

**8. Financiamiento orientado a los sectores prioritarios**

Se han realizado restricciones en el financiamiento de recursos humanos, logísticos y financieros.

**9. Democratización de la salud**

Algunos establecimientos han implementado la vigilancia ciudadana. Se ha llevado a cabo el modelo de atención compartida (CLAS) y la implementación del Programa de Gestión de la Calidad (escuchar al usuario). Además, hay intentos de adecuación cultural en los procesos de atención. Entre las debilidades encontramos que el enfoque de género aún debe ser reforzado puesto que se observa más avance en temas de salud reproductiva y que todavía el empoderamiento social es insuficiente.

## **La comunicación es complementaria en las políticas de salud**

Las autoridades de salud identifican a la falta de educación preventiva como una de las causas de los problemas de salud. Sin embargo, cuando se les pregunta sobre qué impide que se solucionen dichos problemas, la respuesta con mayor incidencia se refiere a la cultura, hábitos, costumbres y creencias de la población y no hay nada referido a la ausencia de una política de Comunicación en Salud, contrariamente a la opinión de los profesionales que trabajan en las ONG.

Las líneas de trabajo de comunicación de las instituciones oficiales de salud están referidas a sensibilizar a la población, capacitarla y difundir mensajes a través de medios de comunicación en la localidad. No obstante, dichos proyectos y planes relacionados con estas líneas constituyen una minoría.

De este modo, la comunicación aparece como esfuerzo complementario a los lineamientos generales de las políticas de salud y su intervención más clara según las autoridades estaría en la capacitación a la población. Pese a esto, no se observa un trabajo de conocimiento e investigación de los reales obstáculos para llegar a los pobladores y menos aun de las potencialidades y capacidades que estos puedan tener.

## **B. MUJERES Y ESPACIOS DE COMUNICACIÓN DIVERSOS**

En la vida cotidiana se configuran dos espacios de comunicación importantes, tanto para la mujer que trabaja dentro de su vivienda como para la que lo hace fuera de ella. En el primer caso, los espacios son su hogar y el hogar de otros; y en el segundo caso, son su hogar y el centro de trabajo. En horas de la mañana, es la mujer quien se encarga de la preparación del desayuno de la familia, del aseo del hogar y de preparar y enviar a los hijos al colegio. Es decir, sus interlocutores, al comenzar el día, son su pareja y sus hijos.

En la tarde, en cambio, según la labor de la mujer, los casos son distintos. La mujer que trabaja dentro del hogar, luego de recibir a sus hijos que vienen del colegio, almuerza con ellos, termina de ordenar la cocina, hace una pequeña siesta y sale a visitar a sus familiares y vecinos. Luego, regresa a la casa para ver televisión o escuchar radio mientras prepara la comida. La mujer que trabaja fuera, luego de almorzar y hacer su siesta, saca sus cuentas –muchas mujeres de la ciudad se dedican al comercio– sobre la labor realizada en la mañana y continúa trabajando. De igual modo, luego regresa al hogar para preparar la cena y comer con su familia.

Como observamos, en el primer caso la mujer concentra más relaciones familiares y se encuentra en torno al hogar y su espacio privado; posiblemente sus temas de conversación tengan que ver con las problemáticas de su familia y de su comunidad. Mientras que en el otro caso, las relaciones, los espacios de comunicación construidos y los interlocutores que aparecen son más variados. En ninguno de los casos, se observa un momento exclusivo para conversar entre los miembros de la familia, salvo cuando almuerzan o cenan.

En cuanto a los medios de comunicación que las acompañan, principalmente en la tarde y en la noche prenden la televisión o la radio, sin tener una preferencia clara por uno de los dos medios. Aparentemente, para el caso de la mujer que permanece en el hogar, el consumo de programas es mayor debido al mayor tiempo de exposición a los medios. Las emisoras radiales más sintonizadas son Radio Tropical, RPP, Radio San Martín y Radio Imagen, siendo los programas favoritos los noticieros, los programas musicales y culturales. Para el caso de la televisión, los canales más vistos son ATV, Panamericana y América TV; y los programas más consumidos son noticieros, novelas y magazines.

Finalmente, podemos concluir que se trata de una mujer que se encuentra en constante actividad, que sale bastante de su hogar, ya sea para trabajar, para ir de compras o para visitar familiares y vecinos, y, que por lo tanto, interactúa con distintos actores de su comunidad en ámbitos variados. En definitiva, el clima es propicio para que pueda salir y regresar de su casa con más facilidad que en las comunidades de la sierra.

## **C. SALUD Y COMUNICACIÓN EN LA COMUNIDAD**

### **Percepción de la salud en la población**

La población identifica a las infecciones respiratorias agudas, a las enfermedades diarreicas agudas y a las parasitosis como los problemas de salud más comunes en su región. Asimismo, reconoce que sus causas vienen dadas por la inadecuada higiene, la falta de capacitación, las costumbres y hábitos, así como la poca participación comunitaria.

Estas respuestas reflejan la demanda que tiene la población para participar de las actividades que las capaciten para prevenir enfermedades, pero también para mantener hábitos saludables. Paralelamente, podemos notar que en las fichas de vida cotidiana el componente de limpieza es importante y el tiempo dedicado a él es considerable, ya sea para la higiene del hogar como para el aseo personal.

### **Un paso adelante en la promoción de la salud**

Gracias al esfuerzo de los distintos actores de la región y a la propia participación e interés de la población, esta ha logrado identificar ciertos aprendizajes y mecanismos para mantener su salud: el conocimiento del cuerpo y la salud reproductiva, el reconocimiento de derechos, ver a la organización como un mecanismo importante para cumplir sus planes, el trabajo en equipo como un medio más efectivo y la importancia de saber reconocer sus errores. Como observamos, las respuestas de la población están orientadas a subrayar los aprendizajes en cuanto al modo de comunicarse, comunicar sus experiencias y a planificar sus acciones en conjunto. Es decir, la población no se centra en una enfermedad en particular y cómo curarla o prevenirla, sino que responde sobre una actitud frente a la salud.

La población reconoce la importancia de la comunicación, la educación y la información en su comunidad para poder tener una vida saludable. Es por ello que las mejoras en el sector salud que reconocen están orientadas a dichas actividades. En este sentido,

la región San Martín está un paso adelante en el proceso de crear las condiciones necesarias para fortalecer las capacidades de la Comunicación en Salud.

### **Demandas de una mejor atención en el centro de salud**

Los pobladores tienen serias críticas con respecto a los centros de salud. En líneas generales, todos se refieren al maltrato tanto del personal de salud como del personal administrativo. Según ellos, hasta los niños reciben una deficiente atención. Es preocupante saber que no se atiende a los no asegurados y que los asegurados reciben una mala atención. En este sentido, la percepción que tiene la población sobre el seguro es muy mala. También tenemos que la población atribuye el maltrato que recibe, la intolerancia, la negligencia y la deficiente atención como efectos de la discriminación del personal del centro de salud. Según ellos, los discriminan por ser pobres. Se llega a nombrar la falta de calidad humana. Esto último es ciertamente significativo, porque la población subraya que tanto ellos como el personal del centro de salud son humanos y se merecen el mismo trato.

El centro de salud está cargado negativamente frente a una serie de hechos que la población denuncia. «¿Cómo los ciudadanos van a estar motivados a asistir si es que tienen que esperar horas de horas para que al final de la odisea solo consigan una breve consulta?», señalan. Frente a este panorama, solo van al centro de salud si es que se les presenta una emergencia. A esto, hay que sumar los escasos recursos, la falta de medicinas, la falta de información recibida en las salas de espera y los «jeroglíficos» de los médicos que hacen incomprensibles sus recetas e indicaciones.

Como observamos, la gran mayoría de incomodidades en el nivel interpersonal que sufren los usuarios del centro de salud tiene que ver con el trato y la calidad de la comunicación. Sin embargo, señalan también que han habido mejoras, un número considerable de entrevistados declara cierta satisfacción en la atención como el logro más saltante conseguido en los establecimientos de salud. Entre las mejoras también se mencionan esfuerzos de comunica-

ción y educación: charlas del personal de salud, campañas frecuentes –poniendo énfasis en la campaña intensiva de recojo de inservibles realizada contra el dengue–, la capacitación de promotores y el que los docentes de zonas rurales se hayan involucrado en la prevención de enfermedades.

En esta línea de actividades, aparecen las sugerencias de la población dirigidas al personal de salud: realización continua de campañas, orientación hacia una buena atención, mayor capacitación sobre nutrición y otros temas, asistencia a colegios cuando se encuentren en campañas y la presencia de promotores.

### **Las promotoras y la promoción de la salud**

El papel de la comunicación para las promotoras tiene que ver con la prevención y el trabajo en las campañas, haciendo especial hincapié en su papel como difusoras de las medidas de prevención de las enfermedades que aquejan a su región.

Es significativo que las promotoras vean la poca participación de la comunidad como una de las causas fundamentales de los problemas de salud. Identifican la falta de interés de la población como el principal impedimento para solucionar dichos problemas. Es decir, ven a las personas y el interés que muestran por su salud como punto de partida y motivación para sus acciones de prevención y control de enfermedades. Hay que considerar que la participación y el interés relacionado con la salud no tienen que estar estrechamente ligados con la aparición de alguna enfermedad pero sí con una actitud interiorizada: la promoción de la salud.

Así pues, las promotoras utilizan el concepto de promoción de la salud y perciben que sus logros en dicho campo están en función de los cambios que ha tenido la población: aprendizaje de prácticas saludables, aceptación de su rol como promotora, sensibilización frente a ciertos temas y el logro de participación de la comunidad. En cuanto a las dificultades que identifican para promover la salud señalan la falta de materiales, la poca disponibilidad de tiempo, falta de apoyo de las autoridades, las distancias que alejan a ciertas comunidades y la dificultad en la convocatoria.

## **Líneas de comunicación en las ONG**

El rol de la Comunicación en Salud según la perspectiva del personal y la política de las ONG es fundamental.

Según este sector, las causas o razones por las que ocurren los problemas de salud se deben principalmente a la falta de capacitación, diagnóstico y tratamiento oportuno; y, en segundo término, a la ausencia de saneamiento básico y a la falta de orientación y consejería. Además de los presupuestos insuficientes, ellos afirman que los aspectos que impiden que se solucionen los problemas de salud están estrechamente relacionados con los problemas de gestión y a las malas políticas en salud y educación con la población. Asimismo, señalan que una de las dificultades que encuentran para promocionar la salud es la falta de liderazgo en las comunidades.

Como observamos, el valor de las actividades de comunicación y educación para la promoción de la salud es muy grande. Ciertamente, el 87% de las ONG tienen una o más líneas de trabajo en comunicación: sensibilización a la población en general, capacitación, difusión, formación de brigadistas de salud, formación de corresponsales escolares y el uso de medios de comunicación de la localidad.

En sus principales proyectos también hay un claro enfoque comunicativo pues están relacionados a la aplicación de la estrategia IEC, a los programas de desarrollo de habilidades, a las actividades de organización de la comunidad, de participación ciudadana de la comunidad y a la difusión.

### **Falta de participación de los medios de comunicación**

La utilización de medios de comunicación en los proyectos realizados en la región aparentemente se ha orientado a las campañas específicas de salud mas no a la comunicación para la promoción de la salud. Es decir, no se ha observado un trabajo integral y sostenido para la promoción de hábitos y prácticas saludables en algún programa que, por ejemplo, se haya posicionado en el tema.

En las entrevistas grupales con los pobladores, no solo hemos notado interés en que los medios –específicamente nombrada la

radio– toquen temas de salud, sino que, además, los entrevistados se han tomado la libertad de recomendar a los comunicadores la información educativa y útil y no informar solo cosas negativas. Señalan que los dueños de los medios no están sensibilizados y que el personal no está preparado.

#### **D. DIFICULTADES QUE SE ENFRENTAN**

Los profesionales y técnicos que trabajan en las ONG de la zona opinan que las dificultades que encuentran en la población están relacionadas básicamente con la educación. También declaran que existen hábitos, costumbres y creencias que dificultan que se solucionen los problemas de salud. En este sentido, el factor cultural entra a tallar como un obstáculo cuando en realidad creemos que no se tendría que asumir así. Por otro lado y a diferencia del personal de las ONG, las promotoras no se refieren a barreras culturales, sino más bien a factores sociales que se centran en la falta de interés de la población por la salud. Esto indica que, mientras no haya enfermedad, el tema de la salud no tiene por qué estar presente en sus vidas.

En el caso del personal de salud, las críticas sobre las actitudes de la población son mayores. Para comenzar, señalan que sus hábitos y costumbres les impiden acudir a los centros de salud cuando tienen alguna molestia puesto que ocurren dos cosas: o se automedican por medio del uso de la medicina tradicional –con mayor incidencia en el caso de los adultos mayores, quienes confían más en ella– o van en busca de curanderos y chamanes que solucionen su problema de salud. Por otro lado, además de referirse a los pocos recursos económicos que manejan, declaran que la población no es consciente de la importancia de su salud y hasta llegan a afirmar que los niños se enferman principalmente por la falta de cuidado de sus padres.

Desde el punto de vista del personal de salud, la población no maneja criterios de promoción de la salud para llevar una vida sana y peor aun, sus hábitos y costumbres se observan como obstáculos que no se adaptan a prácticas saludables.



## VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS

### A. BUSCANDO PUNTOS EN COMÚN

Los modos de ver los problemas de la salud de la región difieren diametralmente entre el personal de salud y la población. En lo único que están de acuerdo es en que las enfermedades más comunes son las IRA, las EDA y la parasitosis. Por un lado, el personal de salud se centra en criticar los hábitos y costumbres de la población diciendo que se automedican, que no tienen una educación en la prevención y que tienen una mala higiene; mientras que la población se enfoca principalmente en concebir a la salud como un tema que aparece cuando asisten a un centro de salud y, por tanto, declaran que el gran problema es que reciben un mal trato de parte de enfermeras, médicos y administrativos.

Así pues, el panorama revela las debilidades de ambos sectores: los pobladores que difícilmente relacionan la salud con sus hábitos cotidianos y a una forma de vida, y el personal de salud que no identifica que el trato y la comunicación que establecen con el usuario son muy importantes para el desarrollo del sector. Solo algunos reconocen que existe personal que, al abarcar muchas funciones, se desempeña precariamente.

La percepción sobre la Comunicación en Salud de ambos sectores es más afín y puede ser un punto en común importante del cual partir. Se ha observado que la población tiene una buena aceptación de las campañas y de la capacitación de promotores, pues-

to que ven en esas acciones verdaderas fortalezas del sector salud. Asimismo, el personal de salud considera que sus logros se han basado en la mayor participación de la comunidad y el trabajo en equipo, además de haber logrado una mejor atención en los centros de salud, cosa que comparten solo con un sector de la población. Es decir, aquellas situaciones que observan como logros y fortalezas tienen que ver con el contacto que logran entre ellos, así como la posibilidad de capacitarse permanentemente. Hay que recalcar que los técnicos destacan la capacitación en metodologías para adultos que reciben y que paralelamente, la población demanda una mayor capacitación sobre nutrición y otros temas, dejando de lado la concepción de la salud como respuesta a la enfermedad y dando así paso a una cultura de promoción de la salud.

## **B. PROMOTORES: UNA MIRADA DISTINTA**

Frente a esta relación ciertamente conflictiva entre el personal de salud y los ciudadanos, tenemos a las promotoras o promotores, cuya posición identifica los puntos débiles en ambos actores desde una perspectiva del interés que tiene cada uno de ellos. Las promotoras no se refieren a la problemática de la atención en los centros de salud sino que se dirigen a observar la desatención del gobierno central en tanto este no asegura una infraestructura urbana propicia para que la población pueda asumir prácticas saludables. Opinan que la principal causa por la que ocurren los problemas de salud es la falta de saneamiento básico. Por otro lado, en líneas generales declaran que la población no se preocupa por su salud. Así pues, piden que ambas partes pongan en su agenda el tema de salud que les corresponde.

Finalmente, el papel de la comunicación que ellas manejan es netamente instrumental, ya que las líneas de comunicación que distinguen en su trabajo como promotoras es la de difundir la información que reciben. Asimismo, consideran que los esfuerzos en promoción de la salud han logrado principalmente enseñar y sensibilizar.

## **C. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Para identificar las necesidades de capacitación, veamos primero cuáles han sido los logros que los distintos actores han obtenido hasta ahora y qué valoran con respecto a la Comunicación en Salud. En primer lugar, las promotoras dan mayor valor a las actividades que logran aceptación en la población; las enfermeras y médicos le dan mayor peso a la participación de la comunidad; los profesionales, al aprendizaje de la población; y finalmente, el personal de ONG valora fuertemente todo lo mencionado. Las diferencias son sutiles cuando se habla de logros en comunicación y promoción de la salud.

Ante ello, observamos que, además de las demandas de capacitación en temas específicos de enfermedades (emergentes y transmisibles, prevalentes, patologías más frecuentes y primeros auxilios) y de gestión (toma de decisiones y aprender a trabajar en equipo), se evidencia la necesidad de capacitación en tres ámbitos.

El primero de ellos es en cuanto al manejo del tema de campañas, actividades preventivas y promocionales masivas, formas de llegar a la población, tecnologías educativas y el diseño de materiales. El segundo está referido a la capacitación en investigación, sistematización de experiencias en comunicación y promoción de la salud, la difusión de intervenciones exitosas y la creación de espacios de encuentro. Finalmente, el tercer ámbito tiene que ver con la capacitación en autocuidado, estilos de vida saludables y procesos de Comunicación en Salud. Finalmente, no podemos dejar de mencionar la iniciativa acerca de crear una instancia que supervise la ética y la calidad profesional de las instituciones que trabajan en salud.

## Región 8 UCAYALI



### FICHA TÉCNICA

INSTRUMENTO	TOTAL
Entrevistas a promotoras	11
Entrevistas a pobladores	14
Entrevistas a personal de las ONG	4
Entrevistas a autoridades de salud	4

### ZONAS DE INTERVENCIÓN

Pucallpa  
Yarinacocha  
Callería

## **AUTODIAGNÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES EN COMUNICACIÓN EN SALUD**

### **A. LINEAMIENTOS DEL MINSA Y COMUNICACIÓN EN SALUD**

No se han señalado los avances específicos en cada uno de los nueve lineamientos delimitados por el MINSA. Se ha preguntado a las autoridades de salud sobre los programas que se están implementando para resolver los actuales problemas de salud, y solo se nombran las zonas prioritarias de intervención (urbano-marginales y rurales) y las alianzas con diversas instituciones.

Las autoridades entrevistadas, además, declaran que no hay políticas de Comunicación en Salud y, debido a esto, no se cuenta con personal, material ni medios destinados a ello.

### **B. ESPACIO PARA EL ENTRETENIMIENTO Y POCO DIÁLOGO**

Las actividades que diariamente realizan las mujeres entrevistadas están orientadas al quehacer doméstico. La mayoría de ellas considera el cocinar como una de las actividades más importantes y recurrentes en el día a día. Luego aparece el lavado de ropa, ver televisión y jugar bingo. Nos llama la atención esto último porque es una respuesta que no ha aparecido en otras ocasiones y por el aire prohibitivo que tendría dicho juego en un entorno machista. De todos modos, no podemos olvidar que la muestra de entrevistadas, al ser tan reducida, no es generalizable. Lo que

sí podemos destacar es la importancia del entretenimiento en la vida diaria de las mujeres, además reforzado por el hecho de ver televisión como una de las actividades más importantes –en la ficha de vida cotidiana se refieren al consumo de noticias y en la entrevista personal, al de telenovelas y otros programas–. La presencia de la radio no es tan fuerte como en otras regiones, en algunos casos ni se menciona.

Aparentemente, la figura del diálogo es poco reconocida ante los pobladores. Muchos de ellos no responden quiénes son las personas con las que mayormente dialogan. En este sentido, podemos pensar que se trata de la reserva que puedan guardar ante el entrevistador, porque quizá no se reconoce o no se da importancia a la diferencia entre interactuar y dialogar o porque simplemente no identifican interlocutores en su vida cotidiana. Las mujeres que responden a la pregunta se refieren a sus esposos e hijos en primer lugar y a sus vecinos en segundo lugar.

### **C. MIRADA GENERAL A LA CONCEPCIÓN DE SALUD**

Los pobladores tienen en claro qué es lo que deben hacer para mantener su salud. Mencionan que hay que tener cuidado con la higiene, contar con una buena dieta, hacer ejercicios y deporte y asistir a los servicios de salud. Pero como hemos observado anteriormente, la existencia de dicho discurso no basta para que efectivamente la población lo ponga en práctica debido a múltiples razones. Por otro lado, cuando deben curarse de alguna enfermedad, declaran que utilizan plantas medicinales, que asisten a los centros de salud y, en menor medida, que compran y consumen la medicina prescrita por un médico.

En general, se ha detectado una buena predisposición a los temas de salud y, al igual que en otras regiones, la mayoría de entrevistados está dispuesto a recibir y dar información a sus familiares y no familiares sobre dichos temas. Hay que observar además que cuando se habla de salud se piensa en la cura de enfermedades pero también en prevención (muy poco en promoción). De allí que

se demanda a la radio tratar sobre drogas, violencia familiar, prevención y nutrición.

### **Relación con promotoras y centro de salud**

La relación que mantienen los ciudadanos con las promotoras es mucho más cercana que la que se les puede permitir tener con los profesionales de salud. La mayoría de ellos opina que la labor de los agentes comunitarios es entre regular y buena. Por otro lado, la mitad de consultados considera que la calidad de atención en los centros de salud es regular y casi la totalidad de la otra mitad opina que es mala. Sin embargo, si observamos de modo desagregado este último dato, notaremos que hay una mayor aceptación al trabajo realizado por los médicos sobre aquel de las enfermeras y los técnicos.

La movilización que generan las campañas de salud hacia los servicios es importante, puesto que la población relaciona campaña con centro de salud. Por ello, es significativo notar que la última campaña realizada (en el presente año) es calificada de buena y por lo tanto, esto puede repercutir en la mejora de imagen de los establecimientos y los profesionales.

### **Capacitación de las promotoras**

Son pocas las promotoras que han sido capacitadas en temas de comunicación (es variada la naturaleza de los capacitadores: profesionales de salud, ingenieros, educadores, personal de la marina de guerra, profesionales de las ONG, dirigentes vecinales, etc). Se nombran temas de liderazgo y comunicación interpersonal. Sin embargo, son muchas las actividades realizadas que requieren fundamentalmente del componente comunicativo, más aun, sus roles en ellas tienen sentido cuando se presentan las condiciones propicias para la comunicación entre distintos actores. Las actividades que ellas nombran van desde el cuidado de enfermos hasta la sensibilización y la prevención, pasando por la realización de charlas, talleres y capacitaciones. Los logros que ellas iden-

tifican, en cambio, se restringen a esto último y a la sensibilización de padres.

### **Trabajo comunicativo en las ONG**

Las líneas de comunicación trabajadas por las diversas ONG son más variadas. Existe orientación al uso de medios de comunicación, un mayor énfasis en lo preventivo y débilmente aparece el componente promocional. La coordinación con los centros de salud es considerada en la línea de comunicación, a diferencia de lo que sucede en las ONG de otras regiones. Esto último además es considerado un logro. Igualmente, las capacitaciones a madres, agentes comunitarios y población también son valoradas como resultados del esfuerzo concertado.

### **D. DIFICULTADES IDENTIFICADAS**

Las barreras para superar los problemas de salud de la población identificadas por los profesionales de las ONG y las promotoras son estructurales. Los primeros se refieren a las políticas deficientes, a la escasez de recursos económicos de los ciudadanos, a su poco acceso a los medios de comunicación y a su desinterés. Por otro lado, los agentes comunitarios no consideran estas dos últimas barreras pero si las dos primeras y además se refieren a obstáculos más estructurales como la inexistencia de servicios básicos adecuados y el maltrato familiar. También consideran que la mala comunicación que hay con las autoridades así como el desinterés de las mismas no permiten el desarrollo de planes para hallar salidas a los problemas de salud que presenta la región.



## **VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y LA COMUNICACIÓN: PERCEPCIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN, EL PERSONAL DE SALUD Y LAS PROMOTORAS**

### **A. LOS DIVERSOS ROLES DE LA PROMOTORA**

Como hemos visto anteriormente, la población no está contenta con la calidad de atención que reciben en los centros de salud, especialmente con el trato de las enfermeras y técnicos. Por otro lado, encontramos a directivos ciertamente indiferentes o que, ante las adversidades, se sienten con las manos atadas para realizar un trabajo que efectivamente rinda frutos. Entre estos dos actores, encontramos a las promotoras que, además de fungir de bisagra, asumen diversas tareas.

La función tradicional que asumen es la de captar enfermos, aunque en este caso se habla específicamente de gestantes. Siguiendo en esa misma dirección, atienden partos y apoyan en el hospital en aquello que se requiera. Por otro lado, realizan un trabajo de control de peso y talla de niños (hasta los cinco años) y, finalmente, desde una óptica menos instrumentalista, llevan a cabo la organización de eventos (presumimos que se trata de campañas) y talleres de nutrición y de orientación al adolescente, según lo mencionado.

### **B. EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD ANTE LA SALUD DE LA COMUNIDAD**

Las promotoras muestran una buena predisposición para el aprendizaje de diversos temas que no solo abarcan el campo de la

salud. Consideran que la universidad está en la capacidad de capacitarlas en derechos y valores, asesoría legal, formación empresarial y en temas más macros como educación, salud, adolescencia y, por su puesto, comunicación.

Este importante actor, el agente comunitario, considera que efectivamente el rol de la universidad es el de capacitar implementando talleres, haciendo que los estudiantes brinden charlas en sus prácticas de campo; realizar campañas de promoción y prevención; formar buenos profesionales; y finalmente nombran a la universidad como un ente de poder para solucionar el problema de saneamiento. Por otro lado, los profesionales de las ONG, con perspectivas más globales ante ella, consideran que no debe dejar de proyectarse a la comunidad y, al igual que las promotoras, declaran que le toca un papel importante en la comunicación para la salud, la promoción y la prevención.

## II. Mirada conjunta de los ocho autodiagnósticos

### MARCO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

#### ACTORES CONSULTADOS

Universo	Población	Promotores	Personal Salud	Profesionales de ONG	Autoridades de salud	Total
Ayacucho	89	8	0	5	23	125
Cusco	278	22*	21	9**	16	346
Huancayo	71	10	10	6	10	107
Huánuco	88	20	2	0	1	111
Tarapoto	57**	26	30	12	0	125
Trujillo	36	2	9*	2	9*	58
Pasco	18	9	0	4	6	37
Ucayali	14	11	0	4	4	33
Personas contactadas	651	108	72	42	69	942

\* Cifra aproximada

\*\* Incluye cinco especialistas de salud pública

Por medio de cinco herramientas de investigación, los profesores de las universidades de las ocho regiones se han logrado contactar con aproximadamente 942 personas.

**Los autodiagnósticos nos han brindando una mirada orientadora con respecto a:**

- Avances en los lineamientos de salud del MINSA
- Principales problemas de salud / Debilidades y fortalezas para afrontarlos
- Encuentros entre la población y el personal de salud / Demandas de la población
- Enfoques de comunicación y salud
- Rol de los medios de comunicación
- Percepciones de cada actor de la comunidad frente a la salud (ciudadanos, promotoras, autoridades, técnicos y profesionales de salud y personal de las ONG)

## RESULTADO GLOBAL

### 1. AVANCES EN LOS LINEAMIENTOS EN SALUD

#### **(1) Promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles**

##### Avances

- Creación de la Dirección General de Promoción de la Salud y Consejo Regional de Salud
- Estado actual en la etapa de planificación: definiendo los lineamientos de ejecución
- Proceso de institucionalización

##### Debilidades

- Falta de presupuesto y soporte logístico
- Soporte político deficiente
- Desarrollo de RRHH insuficiente
- Ausencia de acciones de Comunicación y Promoción de la Salud (CPS)

#### **(2) Impulso al aseguramiento universal**

##### Avances

- Implementación del Sistema Integral de Salud (SIS)
- Aseguramiento de un porcentaje del público objetivo (en la

mayoría de regiones el porcentaje es menos del 50%; en Tarapoto se señala un 70%)

- Cobertura de un porcentaje mínimo en el primer nivel de atención (posta de salud)

#### **Debilidades**

- No responde a las expectativas de la población
- La inscripción de pobladores que viven en extrema pobreza es limitada
- No hay sistema que discrimine a usuarios de otro seguro
- En algunos casos, el SIS no paga oportuna y equitativamente

### **(3) Ampliación del suministro y uso racional de medicamentos**

#### **Avances**

- Se está implementando el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (o el DEMID, como en Huancayo)
- En algunas regiones se están implementando otros programas como el PACFARM en Ayacucho.
- Implementación de comités farmacológicos en algunos establecimientos

#### **Debilidades**

- Control de abastecimientos deficiente
- Centralización del manejo en la compra de productos
- Medicamentos aún muy costosos para la población
- Poca información sobre el uso y consumo de los medicamentos recetados
- Ausencia de comités farmacológicos en gran cantidad de servicios de salud

### **(4) Política de gestión y desarrollo de recursos humanos**

#### **Avances**

- Implementación de algunos programas de capacitación del personal, pasantías, postgrado y diplomado (para personal profesional, no profesional y agentes comunitarios)

- Implementación de diferentes mecanismos de incentivo del personal en algunas regiones (por ejemplo, en Huánuco se está impulsando el contrato laboral justo e incentivos remunerativos; en Tarapoto, se está propugnando un sistema de estímulos para el personal).
- Diagnóstico de la situación de los recursos humanos

#### **Debilidades**

- No hay seguimiento del desempeño del personal capacitado
- Poca participación y desinterés de los trabajadores
- Capacitaciones que no se han iniciado (lo ejecutado versus lo programado)
- No hay compensación remunerativa
- El sistema de selección de temas no es acorde a las necesidades de la región

### **(5) Sistema regional coordinado y descentralizado de salud**

#### **Avances**

- Implementación del Consejo Regional y Provincial de Salud (se han transferido las funciones)
- Implementación de los CLAS (ampliación de participación ciudadana)

#### **Debilidades**

- Falta de coordinación en el Sistema Regional de Salud (SIRESA)
- Ausencia de descentralización técnico-administrativa
- Poca participación de municipalidades en proceso de descentralización

### **(6) Nuevo modelo de atención integral**

#### **Avances**

- Etapa de planificación: Plan Piloto (modelo con prioridad de las actividades por ciclo de vida)
- Inicio reciente del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

**Debilidades**

- Escaso presupuesto
- Falta de RRHH
- Lineamientos operativos inadecuados
- Falta de atención a las particularidades de la región (socioculturales)

**(7) Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial****Avances**

- Convocatoria a instituciones prestadoras de salud de otros sectores
- Coordinación con agentes comunitarios
- Implementación del Consejo Regional de Salud
- En la etapa de planificación, se está revisando el nuevo rol que debe cumplir el organismo de salud en cada región

**Debilidades**

- Débil adopción de liderazgo
- Frecuentes cambios de directivos y personal de salud que no permiten avanzar
- Capacitación de RRHH deficiente
- Recursos económicos, infraestructura y equipamiento insuficientes
- Poco compromiso con los objetivos del sector, desmotivación del personal

**(8) Financiamiento orientado a los sectores prioritarios****Avances**

- Implementación a través del SIS

**Debilidades**

- Financiamiento insuficiente e inequitativo
- Restricciones para el financiamiento de recursos humanos y logísticos en sectores prioritarios
- No se percibe un sistema único que integre el aspecto económico



## **(9) Democratización de la salud**

### **Avances**

- Implementación de los CLAS (organismo que permite la vigilancia y participación ciudadana) y otras modalidades de participación (Ejemplos: en Tarapoto, el Programa de Gestión de Calidad; en Huánuco se ha realizado un Plan Concertado de Salud con la participación de distintos actores; y en Trujillo, Sistema de Vigilancia Comunal y mesas de concertación)

### **Debilidades**

- Enfoque de género débil
- Empoderamiento social bajo
- Falta de compromiso e involucramiento de autoridades y población

## **Conclusiones a los avances de los lineamientos**

- Los avances señalados pertenecen a la etapa de planificación y organización.
- Se están dando los primeros pasos en la implementación.
- La descentralización no se realiza efectivamente. No se visibilizan las necesidades particulares y características socio-culturales propias de cada región.
- Confusión entre las acciones y metas que se enmarcan en los lineamientos.
- Los avances en los lineamientos no van de la mano entre sí.

## **2. PROBLEMAS DE SALUD**

### **En niños menores de cinco años**

- IRA y EDA, el mayor problema de salud tanto en zonas rurales como urbanas

- Parasitosis
- Alergias en la piel
- Desnutrición (especialmente en zonas rurales de extrema pobreza)
- TBC en algunas zonas urbanas
- Tasa de mortalidad infantil elevada en zonas rurales

### **En adolescentes**

- El principal problema en zonas rurales y urbanas: los embarazos no deseados
- Las ITS y la parasitosis, especialmente en zonas urbanas
- Delincuencia y drogadicción también en zonas urbanas

### **En mujeres en edad fértil**

- Mortalidad materna, desnutrición materna, complicaciones en el parto y post parto, descuido en los controles prenatales (con mayor incidencia en zonas rurales)
- Embarazos no deseados
- En algunas zonas urbanas: parasitosis / desnutrición

### **En adultos**

- Alcoholismo y drogadicción
- Infecciones de Transmisión Sexual
- Mencionadas con fuerza: TBC y alergias a la piel
- Estrés
- Adulto mayor: enfermedades degenerativas y osteoarticulares / IRA y EDA

### **Observaciones**

- Las IRA y EDA se mencionan en todos los grupos etarios
- La violencia familiar es un problema mencionado recurrentemente en ámbitos rurales y urbanos, con mayor fuerza en el primero
- Permanentemente se observan inequidades, desigualdad y derechos inaccesibles que perjudican mayormente a mujeres

### 3. LIMITACIONES EN EL SISTEMA DE SALUD

#### **Principales limitaciones**

- Falta de acceso a los servicios de salud por su lejanía
- Carencia de agua potable y servicios básicos / saneamiento ambiental
- Contaminación ambiental
- Poca coordinación entre las promotoras y el centro de salud
- Es necesaria una mejor infraestructura y organización del sector salud así como un compromiso de los gobiernos locales.

#### **Limitaciones en políticas**

- Deficientes políticas de comunicación
- Inoperatividad de las políticas trazadas
- Inequidad en la distribución del presupuesto
- Falta de apoyo a la investigación
- Falta de integración entre el sector público y privado

#### **Limitaciones en comunicación**

- Pobre esfuerzo de comunicación para la salud
- Todo el trabajo de comunicación y movilización en las promotoras
- Falta de información de la población
- Conflictos permanentes con la población
- Esfuerzos de educación para la salud fallidos

#### **Limitaciones en recursos humanos**

- Falta de recursos humanos
- Poca participación de los trabajadores en la capacitación
- Discontinuidad en el centro de trabajo (cambios permanentes)
- Falta de capacitación en la atención
- Cultura organizacional vertical

#### **Limitaciones en condiciones de vida de la población**

##### *Ejes de salud:*

- Inadecuada higiene personal, de la vivienda y de los alimentos

- Hábitos alimenticios (ricos en carbohidratos y bajos en vitaminas y proteínas)
- Falta de interés por la salud / asistencialismo (actitud de beneficiario)

*Ejes estructurales:*

- Pobreza y extrema pobreza
- Desconfianza frente a la medicina occidental
- Machismo / baja autoestima en las mujeres
- Poco acceso a la educación

#### **4. DEMANDAS COMUNICATIVAS Y DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN**

**Actual situación**

- Asistencia de los ciudadanos al servicio de salud en estado grave
- Asistencia de las gestantes a los centros de salud para controles del embarazo, pero no para el parto
- Indiferencia a las consultas y lo que receta el médico porque es incompatible a su realidad
- Desconfianza en el personal de salud
- Conflictos entre el personal de salud y el personal administrativo

**Puntos de conflicto**

*Demandas de la población:*

- Mejor trato (existe mal trato del personal de salud y de los administrativos)
- Mejor atención (existe mala atención, tiempo de espera prolongado y citas muy cortas)
- Comunicación (existe una mala comunicación, relación autoritaria, no se brinda información de acuerdo a la realidad y cultura del poblador)

- Igualdad (existe discriminación por pobreza y procedencia)

*Percepciones del personal de salud sobre la población:*

- Indiferencia: no valoran su salud
- Caso omiso a lo recomendado
- Malos hábitos alimenticios e higiénicos

Debemos buscar la autocritica con respecto al trato que le damos al otro, desarrollar capacidad de negociación, diálogo y comprensión del otro.

**Evidencias**

- Falta de capacitación y de sensibilidad humana en los profesionales de salud
- Mejor relación de la población con las promotoras
- Demanda por parte de la población por metodologías de comunicación adecuadas
- Los beneficios del seguro se invisibilizan por las referencias de mal trato que recibe la población

## **5. MODELOS Y ENFOQUES DE COMUNICACIÓN**

### **Autoridades / Políticas**

- Desconocimiento de cuál es la contribución de la comunicación para la promoción de la salud
- Confusión entre promoción y comunicación
- Comunicación y promoción de la salud son sinónimos de capacitación orientada al control y la prevención
- Manejan conceptos de comunicación ambivalentes
- No hay visos de participación y vigilancia ciudadana
- Difusión y uso de los medios de comunicación en campañas de salud para informar y sensibilizar
- Realizan *lobby*

- Producen materiales de Información Educación y Comunicación (IEC)
- Escaso presupuesto para actividades de comunicación
- Muy poca investigación de la población

### **Promotoras**

*Objetivos a los que apuntan:*

- Lograr comportamientos específicos (especialmente vacunarse y utilizar métodos anticonceptivos)
- Convencer a la población de asistir a los centros de salud

*Participación en los centros de salud:*

- Campañas de salud
- Sensibilización a la población

*Funciones:*

- Difusión de información
- Educación en prácticas saludables
- Prevención de enfermedades
- Otras funciones mencionadas: dar charlas, educar en la importancia de la salud

*Demandas de capacitación:*

- Expresión oral
- Capacidad de redacción
- Persuasión
- Manejo de medios y materiales de comunicación
- Participación en procesos de producción de materiales de comunicación

### **Profesionales de las ONG**

*Principales enfoques de Comunicación en Salud:*

- Producción y difusión de materiales (spots radiales y televisivos, boletines, cartillas y volantes)
- Sensibilizar a la población
- Cambiar hábitos y comportamientos

*Estrategias:*

- Mercadeo Social
- Información Educación y Comunicación (IEC)
- Planificación Estratégica de la Comunicación Educativa (PECE)
- Promoción de la Salud (PS)

*Actividades:*

- Cursos, foros, redes, talleres, pasacalles y teatro
- Capacitación y desarrollo de habilidades
- Colaboración con campañas de salud
- Participación y vigilancia ciudadana (nombrado con menor incidencia)

**Población**

*Relacionan Comunicación en Salud con:*

- Campañas de salud (en medios de comunicación masiva o sostenidas por las promotoras principalmente)
- Temas de salud e información sobre salud en la radio (programas en su idioma)

*Buscan:*

- Capacitación en enfermedades específicas
- Material informativo (folletos, volantes)

**Panorama de la Comunicación en Salud**

- Enfoque predominantemente: difusionista e instrumental
- Énfasis: sensibilización
- Objetivos de comunicación: cambio de comportamientos acordes con el modelo estándar del sistema de salud tradicional.
- No hay trabajo integral y sostenido de promoción a través del empoderamiento de los ciudadanos como sujetos activos frente a su salud y sus derechos
- Se ha obviado el rol de los medios de comunicación frente a la salud de la comunidad

## 6. CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN EN SALUD (PROMOTORAS)

La mayoría de promotoras entrevistadas en Ayacucho, Huanca-  
yo y Ucayali, y la mitad de Tarapoto afirman que no ha sido capaci-  
tada en temas de Comunicación en Salud. Para las promotoras de  
las demás regiones, encontramos las siguientes respuestas:

CAPACITACIÓN EN COMUNICACIÓN EN SALUD	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
Consejería /Trato con personas / Comunicación interpersonal	3
Persuasión / saber llegar / inspirar confianza	3
Liderazgo	2
Sociodrama y teatro	1
Educación familiar	1
Preparación para el trabajo de campo	1
Convocatoria	1
Expresión oral	1
Presentación personal	1
Dar voz de alerta	1

## 7. DEMANDAS DE CAPACITACIÓN A LA UNIVERSIDAD

**Las demandas de los profesionales de las ONG  
a la universidad son las siguientes:<sup>1</sup>**

### **1. Comunicación, promoción de la salud y cambio social**

- Modelos, métodos y técnicas de Comunicación en Salud
- Promoción de la salud
- Salud y participación ciudadana
- Agente de cambio social

<sup>1</sup> Los temas en negrita son los de mayor demanda.



## **2. Planificación y estrategia**

- Elaboración de proyectos de investigación / Investigaciones participativas
- Elaboración de planes estratégicos comunicacionales
- Búsqueda de financiamiento
- Propiciar redes de salud
- Taller de marco lógico
- Cultura organizacional en salud

## **3. Producción y difusión de información**

- Elaboración y producción de medios de comunicación y la salud
- Información local / manejo de información
- Elaboración de materiales en comunicación

## **4. Capacidades**

- Autoestima
- Calidad de atención en los servicios
- Liderazgo

## **5. Conocimientos de salud**

- Derechos sexuales y reproductivos / Salud reproductiva y planificación familiar
- Nutrición
- Infecciones de transmisión sexual

## **6. Temas macro**

- Comunidades saludables
- Interculturalidad / La salud y los patrones culturales
- Educación sanitaria / Salud comunitaria
- Género y salud
- La salud como un derecho humano
- Derechos en salud
- Los adolescentes y la salud
- Realidad regional
- Valores
- Las escuelas, los profesores y la salud

## **7. Problemas**

- Saneamiento básico

### **Las demandas de los promotores a la universidad son las siguientes:**

#### **1. Comunicación, promoción de la salud y cambio social**

- Comunicación interpersonal
- Comunicación en la promoción
- Sociodrama
- Uso de medios alternativos
- Roles del promotor

#### **2. Planificación y estrategia**

- Estrategias de comunicación
- Organización
- Métodos y técnicas para llegar a la población

#### **3. Producción y difusión de información**

- Comunicación radial
- Redacción / difusión escrita
- Manejo de medios y materiales de comunicación
- Participación en procesos de producción de materiales de comunicación
- Oratoria y persuasión

#### **4. Capacidades**

- Primeros auxilios
- Autoestima
- Liderazgo
- Formación empresarial
- Manualidades y deportes

#### **5. Conocimientos de salud**

- Alimentación y nutrición

- Cuidado del niño
- Maternidad saludable
- Planificación familiar
- Prevención de enfermedades
- Salud ambiental
- Elementos básicos del cuidado de la salud
- Prevención de enfermedades

## 6. Temas macro

- Adolescencia
- Derechos de los pacientes y de las promotoras
- Valores
- Asesoría legal
- Educación

## 8. LOGROS, APRENDIZAJES Y FORTALEZAS

### Caso de las ONG entrevistadas en las ocho regiones

LOGROS	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Trabajo concertado con actores locales / organización de la comunidad	4
• Agentes comunitarios capacitados / potencialidades desarrolladas / desarrollo de habilidades sociales	3
• Sensibilización a la población	3
• Acercamiento / asistencia de población a establecimientos de salud	2
• Enseñanza a la población / madres capacitadas	2
• Convocatoria / aceptación a autoridades y comunidad	2
• Interlocución de entidades del sector público y privado / mejora de relaciones	2

LOGROS	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Mejora de hábitos y costumbres / revisión de mitos y prejuicios	2
• Institucionalización de los días de salud	1
• Manejo adecuado de desperdicios sólidos	1
• Mejora de coberturas de atención en salud	1
• Prevención de enfermedades en la población	1
• Reducción de muertes en las zonas de trabajo	1
• Satisfacción de las necesidades de la población	1
• Valoración de salud	1
• Disminución de complicaciones del embarazo	1
• Incorporación de dietas	1
• Incremento de denuncias sobre calidad de atención	1
• Orientación en poca escala	1

APRENDIZAJES / ONG	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Etablir comunicación, concertar, conversar con las otras instituciones / trabajo coordinado con la comunidad y otras instituciones	4
• Cosmovisión, conocimientos y necesidades de la población	3
• Revalorar la cultura andina, resaltar lo que la población dice y el respeto a la comunidad	3
• Importancia de la sistematización de experiencias y de retomar las lecciones aprendidas / socializar experiencias	2
• El trabajo en equipo es más eficaz	2
• Trabajar con la población	2
• Uso de plantas medicinales / distinción entre las enfermedades que puede curar la medicina moderna de las que cura la medicina tradicional	2
• Hacer plan de información, educación y comunicación antes de intervenir / Realizar actividades que respondan a objetivos	2
• Elaborar materiales educativos	2

APRENDIZAJES / ONG	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Investigar temas de salud / acercarse a las problemáticas	2
• Preparar sesiones educativas	1
• Priorizar necesidades	1
• La importancia de la prevención	1
• Validar estrategias	1
• Contar con la participación activa de la comunidad para lograr los objetivos	1
• Motivar a la población	1

FORTALEZAS / ONG	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Personal capacitado a través de la participación en eventos de nivel regional y nacional sobre metodologías participativas e intercambio de experiencias	5
• Buenas relaciones interpersonales / reconocimiento mutuo / Confianza con la población	3
• Valoración y conocimiento de la cultura andina para la realización de diagnósticos	3
• Apoyo financieros de distintas entidades	2
• Lectura de libros especializados en salud sexual y reproductiva / biblioteca	2
• Metodologías para el diseño de proyectos, programas de capacitación y de evaluación	2
• Apertura a trabajar concertadamente / coordinación / trabajo en grupo	2
• Experiencia en labor social	2
• Decisión política con normas y objetivos	1
• Vínculos con otras entidades públicas y privadas a nivel local, nacional e internacional	1
• Experiencia con medicina tradicional y autocuidado de las familias	1
• Identidad de la entidad	1

## Caso de las promotoras o agentes comunitarios entrevistados en las ocho regiones:

LOGROS	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Concientización / sensibilización a la población para lograr cambios de conducta	5
• Asistencia de la población a los centros de salud	5
• Participación de distintos actores en las actividades y capacitaciones	4
• Aprendizaje sobre prevención y responsabilidad frente a la salud	3
• Cambios de actitudes y conducta	2
• Reconocimiento de nuestro trabajo	1
• Realización de los exámenes (IVAA y PAP) por parte de la población	1
• Más confianza y solidaridad	1
• Las madres han aprendido para qué sirven las vacunas	1
• La población maneja mayor información referente a los temas de salud	1
• Disminución de la mortalidad infantil	1

APRENDIZAJES / PROMOTORAS	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Desenvolvimiento y persuasión / llegar a la población	5
• Trabajar en equipo	2
• La responsabilidad de orientar a la población	2
• Cómo prevenir IRA y EDA	2
• Trabajar con la ficha familiar	1
• Llevar gestantes al establecimiento de salud	1
• Visita domiciliaria	1
• Mejorar los conocimientos y costumbres de las mujeres respecto a la alimentación de sus hijos	1

APRENDIZAJES / PROMOTORAS	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Detección de enfermedades	1
• Reportar y conocer a las personas	1
• Conocer nuestro cuerpo	1
• Valorarnos	1
• Conocer nuestros derechos	1
• Conocer mejor los problemas de salud	1
• Criar	1
• Importancia de la vacuna	1
• Ser líder de la comunidad	1

FORTALEZAS / PROMOTORAS	CANTIDAD DE REGIONES DONDE SE NOMBRÓ
• Conocimiento adquirido sobre temas de salud	4
• Conocimiento y valoración de la población	3
• Predisposición a escuchar y ayudar a la población	3
• Me conocen, me consultan: confianza	3
• Conocimiento sobre nutrición y cuidado de niños	2
• Capacitaciones constantes	2
• Apoyo al hospital	1
• Organización interna	1
• Equipo multidisciplinario	1

## CONCLUSIONES

1. **Replanteemos los problemas.** En la mayoría de casos, todavía se relacionan los problemas de salud con las enfermedades, cuando en realidad las causas identificadas son los aspectos en los que tenemos que actuar. Contrastar las distintas percep-

ciones de los problemas de salud nos ha ayudado a delimitar prioridades y demandas diferenciadas. Habernos quedado con la versión oficial de cuáles eran los problemas de salud hubiera sido un error. Las autoridades de salud en general, solo priorizan las enfermedades con mayor incidencia y la cobertura de su servicio dejando de lado factores sociales, culturales y comunicativos vitales en el análisis.

2. **En búsqueda del trabajo articulado.** Observamos que el sector salud está desarticulado. Las promotoras, que han cumplido el rol de bisagra entre población y profesionales de salud, aún no son reconocidas por estos últimos ni tampoco mantienen una relación sostenida con ellos. Por otro lado, no hay sintonía entre ciudadanos y prestadores de servicio, el maltrato y la mala atención aún imperan. Las alianzas de los establecimientos con distintas organizaciones de la sociedad civil debe comenzar a rendir frutos puesto que no se refleja el enriquecimiento mutuo que debe haber. Esta desarticulación requiere de procesos comunicativos intensos que generen sinergia en pro de una comunidad saludable.
3. **La interculturalidad integra y permite comunicación.** Se ha demostrado en los autodiagnósticos que la comunicación para la promoción de la salud sin procesos interculturales es imposible. La salud, la cultura y la comunicación son inseparables. No hay que desligar las características culturales de su valor frente a la salud y la vida cotidiana. Se deben integrar las investigaciones ya realizadas por ONG y universidades en las próximas intervenciones y se debe dar paso a nuevos proyectos de investigación que contesten las interrogantes que todavía no han sido abordadas. La concepción de la cultura como problema tiene que desaparecer para dar paso a los verdaderos diálogos interculturales que logren integrar dos realidades aún divorciadas.
4. **Incluir equidad de género y derechos en salud.** Al acercarse a los distintos actores, los investigadores se han preocupado por percibir de qué modos se enfocan las orientaciones hacia la equi-



dad de género y la promoción de derechos ciudadanos frente a la salud. Han encontrado que si bien dichos enfoques están dictaminados por el MINSA y son altamente valorados, no se evidencian en sus prácticas –al margen de los logros obtenidos para una maternidad saludable–. Asimismo, cabe subrayar que en algunos casos se consideran actividades y no enfoques.

5. **Hacia CPS en distintos actores.** Para los investigadores, ha sido clara la diferencia entre promoción de la salud, prevención y comunicación para la promoción de la salud. Así pues, cuando han analizado las líneas de acción y actividades de comunicación en los establecimientos de salud, han observado que todavía existen confusiones importantes. Más aun, se habla de la nueva reorientación hacia la promoción de la salud como un lineamiento del MINSA, pero esto no se plasma en sus accionar; todavía queda la sensación de que se trata de un giro impuesto desde el órgano central de salud. Por otro lado, las ONG son las que mayor trabajo de comunicación han realizado; sin embargo, en su quehacer predominan las estrategias de IEC y por tanto, la producción de materiales educativos y el impulso de cambios de comportamiento. Su línea de promoción de la salud –como la hemos venido entendiendo– todavía no queda muy clara aunque comienza a emerger una orientación hacia ello. En definitiva, se debe empezar a aprender de sus experiencias en cada región. Finalmente, las promotoras, en la mayoría de casos, no distinguen la diferencia entre prevención y promoción de la salud aunque saben que no son conceptos similares. En muchos casos se les limita a ser difusoras de información de los centros de salud, por esa razón, piden ser capacitadas en técnicas de persuasión. Son ellas quienes tienen mayor contacto con los ciudadanos y por lo tanto, deben convertirse en las principales aliadas para la conquista de derechos ciudadanos que impulsen la promoción de la salud.
  
6. **Listos para actuar.** Nos encontramos en un momento propicio para el fortalecimiento de las capacidades comunicativas en

salud. Por un lado, hemos comprobado que gran cantidad de problemas de salud tienen su origen en dificultades de comunicación; y por otro lado, todos los actores reconocen la importancia y el valor de la comunicación y de la promoción de la salud. Así pues, se configura una oportunidad importante para la intervención.

## Capítulo II

### **Conclusiones y recomendaciones de nivel regional y nacional**

*Veamos ahora el panorama general  
de la situación de la salud  
y la comunicación en el conjunto  
de las ocho regiones. Principalmente,  
llegaremos a conclusiones que son  
puntos comunes encontrados  
en los autodiagnósticos*



# I. Conclusiones sobre la problemática de salud y su relación con la comunicación

VEAMOS AHORA EL PANORAMA general de la situación de la salud y la comunicación en el conjunto de las ocho regiones. Principalmente, llegaremos a conclusiones que son puntos comunes encontrados en los autodiagnósticos.

## 1. Lineamientos del MINSA y principales enfoques

La implementación de los lineamientos trazados por el Ministerio de Salud para el período 2002-2012 ha sido observada por los profesores encargados del autodiagnóstico en cada una de sus regiones y de ello hemos llegado a cinco conclusiones importantes:

- En la gran mayoría de casos, los avances señalados pertenecen a una etapa de planificación, organización y reordenamiento.
- En el mejor de los casos, se ha iniciado la etapa de implementación de ciertas direcciones y jefaturas que están orientadas a trabajar para cumplir específicamente con los lineamientos. Por ello, se están creando Direcciones de Promoción de la Salud, se está introduciendo el tema en los Consejos Regionales de la Salud, se está comenzando a asegurar a la población más necesitada con el

Sistema Integral de Salud (SIS) –aunque en un pequeño porcentaje en la mayoría de las regiones–, y se está comenzando a implementar el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos, los CLAS y el MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud).

- En algunos casos, no queda clara la diferencia entre las acciones implementadas y las metas que se quieren lograr por cada lineamiento. En este sentido, puede haber una inadecuada interpretación de las políticas que se han trazado así como de las lógicas de funcionamiento.
- Los avances en los lineamientos son dispares. Se ha evidenciado la necesidad de ir implementando las acciones progresivamente y de modo parejo puesto que estos son interdependientes.
- La descentralización todavía no se realiza efectivamente puesto que algunas funciones recién se están transfiriendo al Consejo Regional y Provincial de Salud. Asimismo, las necesidades particulares así como las características socioculturales propias de cada región aún no son visibilizadas en la aplicación de dichos lineamientos. Existe un problema de adaptación a la realidad de cada región de políticas, estrategias y actividades.

Estas observaciones además están influenciadas por la falta de recursos económicos así como por la movilidad de los profesionales de salud y el permanente cambio de equipos. Veamos ahora las conclusiones en relación con los tres enfoques primordiales que hemos considerado en la investigación:

### **Enfoque de equidad de género**

Existen pocas certezas alrededor de este tipo de acercamiento en las distintas regiones. Según las autoridades respectivas, en Huancayo se está iniciando con identificar las características sociales tanto femeninas como masculinas; en Trujillo, se habla de igualdad de oportunidades hombre–mujer; en Huánuco, no existe equidad de género desde la atención de salud, la población es machista y falta capacitar al personal desde esa perspectiva; en Cusco, hay intentos de introducir el enfoque de equidad de género en el

Programa de Atención Integral de la Mujer pero es muy incipiente el trabajo desarrollado hasta el momento; en Pasco, se considera la equidad de género por la existencia de la participación comunitaria de hombres y mujeres en las actividades de salud; en Ucayali, no hay unanimidad sobre la existencia del enfoque; y en Ayacucho y Tarapoto no hay referencias sobre el tema. En conclusión, podemos afirmar que existe confusión sobre el nivel de intervención del enfoque así como del concepto mismo y su aplicación.

### **Enfoque de interculturalidad e investigaciones culturales**

Ha sido un punto débil en los autodiagnósticos puesto que no ha quedado claro si es que las autoridades y los profesionales de salud se han esforzado por reconocer diferencias culturales para poder ejercer su labor. Lo que sí se ha observado claramente ha sido la existencia de dificultades de comunicación y tratamiento de los problemas de salud atribuidas a las diferencias culturales y que en algunos casos son vistas como barreras y no como parte de la diversidad existente en el país. Por otro lado, se han realizado investigaciones sobre las poblaciones en algunas zonas, sin embargo, aún no se percibe cómo han utilizado dicho conocimiento en pro de un mejor desempeño del personal en los servicios de salud. Las autoridades de la Dirección de Promoción de la Salud de Trujillo han declarado que se realizan investigaciones CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) con respecto al cuidado de la salud, pero en algunas subdirecciones refieren que existe poca o nula investigación sobre ello; las autoridades entrevistadas en Huánuco y Cusco en cambio, han declarado que no se realizan estudios sobre cultura; algunas autoridades entrevistadas en Pasco y Ucayali afirman que se han hecho investigaciones sobre cultura y salud; y finalmente, no hay referencia de lo que ocurre en Huancayo, Ayacucho y Tarapoto.

### **Enfoque de derechos, ciudadanía y salud**

La indagación sobre este enfoque también es débil. Sin embargo, en las políticas, estrategias y acciones que se han recogido tanto en

autoridades, profesionales de salud como en promotoras no se han mencionado los derechos en salud ni se ha hablado del enfoque de participación ciudadana por lo que podemos presumir su inexistencia. Solo en el caso de las ONG en algunas regiones hemos detectado ciertas actividades de participación ciudadana y capacitaciones en derechos. Asimismo, en Trujillo, las autoridades han declarado que se trabaja el tema con instituciones como la DEMUNA, CODEMUNA, Defensoría del Pueblo y algunos centros educativos.

## **2. Enfermedades que nos aquejan**

En líneas generales, la salud sigue siendo sinónimo de enfermedad y malestar. Cuando se pregunta sobre los problemas de salud, inmediatamente se refieren a cuadros epidemiológicos y cifras de morbilidad que no reflejan cuáles son los verdaderos problemas. Temas como la violencia familiar y el estrés son problemas mencionados recurrentemente por la población tanto en ámbitos rurales como urbanos; sin embargo, aún no están considerados en las respuestas de autoridades y profesionales de salud. Permanentemente se observan inequidades, desigualdad y derechos inaccesibles que perjudican mayormente a mujeres pero que tampoco se consideran como problemas de salud.

Así pues, antes de pasar a observar los verdaderos problemas que radican en las limitaciones y las malas condiciones de salud en las realidades regionales, detengámonos en aquellas preocupaciones manifestadas por los distintos actores del desarrollo.

- De modo unánime, se nombran las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) como las principales afecciones en niños menores de cinco años en zonas rurales y urbanas; en segundo lugar, se ubican las parasitosis, las alergias en la piel, la desnutrición (especialmente en zonas rurales de extrema pobreza) y la TBC en algunas zonas urbanas.
- En adolescentes existen dos principales problemas: el primero, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (ITS); en segundo lugar, al igual que los niños, está la

parasitosis; y en tercer lugar, la delincuencia y la drogadicción. Estas últimas tres problemáticas se presentan con principal incidencia en las zonas urbanas.

- Las mujeres en edad fértil todavía tienen un alto riesgo de morir en cualquier etapa de gestación (por complicaciones en el parto y post parto), sufren de desnutrición y no realizan sus controles prenatales de rigor, especialmente en las comunidades rurales. Por otro lado, siguen apareciendo casos de embarazos no deseados.
- En adultos, encontramos con sorpresa que el principal problema es el alcoholismo y la drogadicción. En segundo lugar, se mencionan las ITS lo que demuestra que no se trata de un problema exclusivo de adolescentes. También aparecen la tuberculosis, las alergias a la piel y el estrés. En Cusco particularmente, se presentan muchos casos de envenenamiento.
- Las enfermedades degenerativas y osteoarticulares, así como las IRA y las EDA son los principales problemas de salud manifestados por todos los entrevistados para el caso de los adultos mayores.

### 3. Los verdaderos problemas de salud que se deben combatir

Luego de estudiar los distintos autodiagnósticos y considerando que debemos orientarnos hacia la promoción de la salud, creemos que los problemas por enfocar están directamente relacionados a las limitaciones con las que distintos actores de la sociedad se topan para gozar de una salud plena. Revisémoslos.

Tomando en cuenta la dimensión política del sector salud, aquí las principales conclusiones. En primer término, la falta de decisión política<sup>2</sup> no permite que los lineamientos del MINSA se cumplan del todo; más aun, no permite que las propias políticas trazadas se operativicen. Por otro lado, se ha observado que la distribución del presupuesto se hace de modo desigual, lo que ocasiona la

<sup>2</sup> Esta observación además fue recalcada por las profesoras participantes de Tarapoto en el II Seminario Taller Nacional.



sensación de que el presupuesto es mínimo o que se carece de recursos económicos –cierto en muchos casos– pero más que todo, lo que evidencia es una mala administración pública. También se ha detectado la falta de apoyo a la investigación así como la desarticulación entre el sector público y privado, a pesar de que todos los actores reconocen que las alianzas y el trabajo en equipo entre ambas partes ha resultado en esfuerzos ciertamente fructíferos. Esta falta de integración se refleja también en el desinterés de la mayoría de autoridades y actores claves (decisores como representantes del gobierno regional, municipio provincial y de la DEMUNA) en asistir a las reuniones que se convocan.<sup>3</sup>

La estructura organizacional de los establecimientos de salud origina una serie de trabas que terminan por calar en el comportamiento de los profesionales de salud. Los bajos sueldos, la falta de recursos humanos y una cultura organizacional vertical es lo primero que tenemos que advertir. No podemos olvidar que existen muchos pueblos en nuestro país tan aislados geográficamente que no cuentan con médicos decididos a llegar hasta ellos. Encontramos falta de capacitación para lograr una buena atención de los profesionales de salud y cuando hay, se observa poca participación de este. Asimismo, existe discontinuidad en el centro de trabajo por los cambios permanentes de personal. Finalmente, la poca coordinación entre las promotoras y el centro de salud así como el bajo reconocimiento del trabajo de las primeras son aspectos importantes en los que se tienen que trabajar.<sup>4</sup>

Centrémonos ahora en las condiciones de vida de la población tomando como referencia dos ejes. El primero gira alrededor de las limitaciones más directas que no permite a la población gozar de buena salud. En este eje tenemos cinco realidades: inadecuada hi-

<sup>3</sup> Esta ha sido una declaración muy recurrente en todos los seminarios nacionales realizados en Lima con los profesores de las universidades de las distintas regiones.

<sup>4</sup> En el II Seminario Nacional, las profesoras investigadoras de Huánuco manifestaron que las promotoras se sienten utilizadas pero que sin embargo no se aprovecha realmente su potencial, capacidades y conocimientos. Asimismo, las participantes de Tarapoto declararon que no hay control del trabajo que se realiza con ellas.

giene personal, de la vivienda y de los alimentos; desnutrición y hábitos alimenticios pobres (ricos en carbohidratos y bajos en vitaminas y proteínas); carencia de agua potable y servicios básicos; contaminación ambiental; y falta de acceso a los servicios de salud. El segundo eje se trata de un conjunto de limitaciones más estructurales y culturales: pobreza y extrema pobreza, poco acceso a la educación, falta de interés por la salud, cierto grado de asistencialismo y actitud de beneficiario, desconfianza frente a la medicina occidental y frente al personal de salud en general y un machismo imperante.

Finalmente, una de las limitaciones más graves tiene que ver con los problemas de comunicación y con este ya tradicional divorcio entre usuario y prestador de servicio. A continuación, el diagnóstico comunicativo.

#### **4. Principal enfermedad: la incomunicación**

Hemos encontrado numerosas falencias en la dimensión comunicativa del sector salud. Comenzando desde un nivel de planificación, no existen políticas de comunicación claras ni esfuerzos que apunten a ello. Sin embargo, las autoridades y los profesionales de salud reconocen ampliamente la importancia de la comunicación en el trabajo que realizan y algunos hasta llegan a reconocer que debe existir una comunicación horizontal con el paciente. Pero estas declaraciones aún son teoría o el resultado de los primeros esfuerzos por reconocer a la comunicación como una condición fundamental. Por otro lado, ha habido proyectos de educación para la salud que han sido fallidos debido a la falta de sostenibilidad de los mismos<sup>5</sup> o de un mal enfoque de comunicación.

Desde un nivel de comunicación inmediato e interpersonal, los conflictos permanentes entre pobladores y personal de salud no permiten que se establezca una relación saludable. Los pobladores asisten al servicio de salud solo cuando se consideran en estado grave y las gestantes asisten para sus controles del

<sup>5</sup> En el II Seminario Nacional, según los participantes de Ayacucho, no hay sostenibilidad de las capacitaciones que han realizado ONG sobre promoción de la salud en zonas rurales porque cuando concluyen, termina el impacto.

embarazo pero no en el momento del parto. Finalmente, se genera un círculo de desconfianza con el personal de salud y el personal administrativo.

¿Por qué se genera, entonces, este conflicto? Se trata de un choque de percepciones y realidades. Por un lado, la población siente que es mal tratada y mal atendida, se configura una relación autoritaria. Tienen una mala comunicación, no hablan el mismo idioma y las indicaciones que los médicos les dan son incompatibles con su realidad y cultura, de allí que sean indiferentes a las consultas y a las recetas médicas. Se sienten discriminados por ser pobres y por su procedencia. De otro lado, el personal de salud considera que los usuarios son indiferentes y no valoran su salud, que son desobedientes a lo que se les indica y que tienen malos hábitos alimenticios e higiénicos. Ante este gran problema, los esfuerzos de comunicación y movilización recaen en las promotoras, quienes son el principal vínculo entre el centro de salud y la población.

## **5. Comunicación, según cada actor del desarrollo**

En primer lugar, retomemos las percepciones de los ciudadanos. ¿Qué es lo que ellos entienden por Comunicación en Salud? Principalmente, encontramos dos tipos de respuestas: la primera, campañas de salud sostenidas principalmente por las promotoras y la segunda, introducción de temas e información sobre salud en programas radiales (en su idioma). Luego, concluimos que en cuanto a necesidades de comunicación, principalmente demandan capacitación en enfermedades específicas y material informativo acorde a su realidad.<sup>6</sup>

Encontramos una significativa dimensión comunicativa en la labor de las promotoras o agentes comunitarios. Sus funciones son diversas, puesto que además de difundir información, captar a las

<sup>6</sup> También se ha puesto mucho énfasis en esto. Las participantes del Cusco del II Seminario Nacional reiteraron que existe un exceso de folletos y *spots* que no tienen pegada en la población puesto que son incompatibles con su estilo de vida y su cultura.

personas que requieren atención médica y distribuir alimentos como la papilla, también se preocupan de hacer que la población prevenga enfermedades así como de educarla en prácticas saludables y en la importancia de la salud a través de charlas. Los objetivos comunicativos a los que apunta la promotora son lograr comportamientos específicos (especialmente vacunarse y utilizar métodos anticonceptivos), convencer a la población de asistir a los centros de salud y sensibilizar en diversos temas.

Los profesionales de las ONG, en cambio, tienen un acercamiento más estructurado y diverso con la población y otros actores con los que se encuentra en contacto. Generalmente, manejan tres tipos de objetivos en comunicación y salud: producción y difusión de materiales (*spots* radiales y televisivos, boletines, cartillas y volantes), sensibilización y cambios de comportamiento. Las estrategias que utilizan están claramente definidas: Mercadeo Social, IEC, Planificación Estratégica de la Comunicación Educativa (PECE); y Promoción de la Salud. Asimismo, las actividades que realizan en el marco de estos objetivos y estrategias son de capacitación y desarrollo de habilidades, cursos, foros, talleres, pasacalles, teatro, conformación de redes, colaboración con campañas de salud y acciones para la participación y vigilancia ciudadana (esto último nombrado con menor incidencia).

Las autoridades y profesionales de la salud entrevistados han reconocido importancia en la comunicación para la promoción de la salud; sin embargo, no tienen en claro cuál es su contribución ni de qué se trata exactamente. Tienen ciertas confusiones entre los conceptos de prevención, promoción y comunicación. Según ellos, comunicación y promoción de la salud es sinónimo de capacitación orientado al control y la prevención. Actualmente, sus actividades orientadas a la comunicación se centran principalmente en tres líneas de acción: difusión y uso de los medios de comunicación en campañas de salud para informar y sensibilizar; producir materiales IEC; y *lobby*. Sin embargo, manejan escaso presupuesto para dichas actividades, poca investigación de la población, conceptos de comunicación ambivalentes y no consideran la participación directa y activa de la ciudadanía.

## **6. Posibilidades de la universidad como capacitadora**

Los profesionales de las ONG entrevistados han considerado que, en temas de salud y comunicación, las universidades de las respectivas regiones en las que se ubican podrían capacitar en modelos, métodos y técnicas de Comunicación en Salud, principalmente. En cuanto a estrategia y producción, demandan cursos sobre elaboración de proyectos de investigación, elaboración y producción de medios para la salud. En cuanto a las capacidades que creen que se debe desarrollar, nombran principalmente talleres de autoestima; y sobre conocimientos de salud, resaltan temas sobre derechos sexuales y reproductivos, salud reproductiva, planificación familiar y nutrición. Finalmente, creen necesario capacitaciones sobre grandes temas como el logro de comunidades saludables, interculturalidad y patrones culturales relacionados a la salud, educación sanitaria, género y salud.

Por otro lado, las líneas de capacitación que señalan las promotoras se orientan más a lograr un mejor acercamiento con la población. Quieren ser capacitadas en comunicación interpersonal, en estrategias de comunicación, en comunicación radial, en redacción y difusión escrita, en manejo de medios y materiales de comunicación así como en la participación de la producción de los mismos. Consideran importante tener capacidades en primeros auxilios, cuidado del niño, alimentación y nutrición. Al igual que los profesionales de las ONG, también piden talleres de autoestima y en cuanto a los temas macro, demandan conocer más sobre derechos del paciente y del promotor, sobre adolescencia y sobre valores.

## **7. Ojos optimistas: logros, aprendizajes y fortalezas**

Los aspectos positivos principales que se han encontrado en los autodiagnósticos y de los cuales podemos partir para las futuras intervenciones son puntos comunes encontrados en los diversos autodiagnósticos. Los profesionales de las ONG son los que más logros y fortalezas señalan. El trabajo concertado con actores locales y la organización de la comunidad en algunas intervenciones

exitosas configura el principal logro para estas instituciones. En segundo lugar, nombran haber capacitado a los agentes comunitarios desarrollando sus habilidades sociales y haber sensibilizado a la población para lograr cambios de comportamiento en pro de su salud. En un tercer nivel, manifiestan haber logrado que la población asista al centro de salud, haber capacitado madres, haber logrado la aceptación de las autoridades y la interlocución entre entidades del sector público y privado mejorando así las relaciones.

En cuanto a las lecciones aprendidas que rescatan las ONG a lo largo de su experiencia en los distintos ámbitos, encontramos de modo unánime que lo que más se ha aprendido ha sido a entablar comunicación, concertar y conversar con las distintas instituciones para poder lograr un trabajo coordinado con ellas y con la comunidad en conjunto. Con la misma fuerza e importancia, se ha declarado conocer más sobre la cosmovisión, conocimientos y necesidades de la población logrando revalorar la cultura andina, escuchando y respetando a los ciudadanos. Otros aprendizajes importantes mencionados: sistematizar experiencias y retomar las lecciones aprendidas, socializar experiencias; uso de plantas medicinales, distinción entre las enfermedades que puede curar la medicina moderna de las que cura la tradicional; diseñar planes de información, educación y comunicación antes de intervenir, ejecutar actividades que respondan a objetivos; elaborar materiales educativos; e investigar temas de salud acercándose a las diversas problemáticas.

Terminando con este importante actor, las fortalezas que se reconocen los profesionales de las ONG principalmente son tres. La primera es la existencia de personal capacitado en diversos temas y múltiples eventos; la segunda es la buena relación establecida con algunos sectores de la población (confianza y reconocimiento); y la tercera se trata de la valoración, conocimiento e investigación de la cultura andina para lograr diagnósticos certeros. Finalmente, entre las ONG de las ocho regiones, se reconocen múltiples tipos de fortalezas, pero aquí recogeremos las que fueron nombradas con mayor fuerza: apoyo financiero de distintas entidades, biblioteca con libros especializados, manejo de metodologías para el diseño de proyectos como programas de capacitación y de evaluación, aper-

tura con el fin de trabajar concertadamente y coordinadamente y experiencia en labor social.

Las promotoras reconocen también en su quehacer una diversa cantidad de aspectos positivos que veremos a continuación. Existen tres tipos de logros que identifican con mayor facilidad y con mayor incidencia. El primero tiene que ver con la concientización y sensibilización de la población para lograr cambios de conducta; el segundo, con la asistencia de los pobladores a los centros de salud; y la tercera, con la participación de los distintos actores en las actividades y capacitaciones que organizan. Con menor frecuencia, pero igual importancia, nombran el conocimiento adquirido en la población sobre prevención y responsabilidad frente a la salud así como cambios de actitudes y conducta que observan.

La mayoría de promotoras entrevistadas en Ayacucho, Huancayo y Ucayali, y la mitad de Tarapoto afirman que no han sido capacitadas en temas de Comunicación en Salud. Las promotoras de las demás regiones dijeron –con mayor incidencia– que fueron capacitadas en consejería, comunicación interpersonal, persuasión y liderazgo. Además, se han nombrado en menor medida los siguientes temas: sociodrama y teatro, educación familiar, preparación para el trabajo de campo, convocatoria, expresión oral y presentación personal.

En cuanto a los aprendizajes principales que ellas declaran tener, resalta ampliamente en las respuestas obtenidas el que hayan aprendido a desenvolverse y persuadir a los ciudadanos, es decir, llegar a ellos. En segundo término reconocen poder trabajar en equipo, la responsabilidad que conlleva su labor de orientación y saber prevenir enfermedades como las IRA y EDA. Por otro lado, las fortalezas que señalan van de la mano con los aprendizajes logrados. Consideran que tienen conocimientos sobre diversos temas de salud (en especial se nombran nutrición y cuidado de niños) y que se están capacitando permanentemente, que valoran a la población, que saben cómo escucharla y ayudarla, que la conocen y han ganado su confianza a tal punto que no solo les consultan sobre temas de salud.

Finalmente, creemos que será de gran ayuda consultar el Estudio de Base para el Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales

en Comunicación y Promoción de la Salud, editado por el Consorcio de Universidades y presentado en enero del año 2004, para identificar algunas otras lecciones aprendidas en programas de comunicación, educación y participación comunitaria que no han aparecido en los autodiagnósticos, pero que son reconocidas en diversos proyectos (se tomaron siete experiencias paradigmáticas) entre agentes comunitarios y agencias de cooperación.



## II. Recomendaciones para diseñar los módulos de capacitación

EN ESTE MOMENTO del texto, contamos con un panorama amplio de la Comunicación en Salud en las ocho regiones en las que se ha trabajado. Si bien los obstáculos y las barreras que impiden que se solucionen los grandes problemas de salud son múltiples, no podemos dejar de reconocer que han existido sendos esfuerzos desde distintos frentes para combatirlos. Tanto desde el sector privado como desde el sector público, proyectos sobre Comunicación en Salud se han orientado a visibilizar realidades, diagnosticar y capacitar a los distintos actores del desarrollo. Sin embargo, como se ha tratado de un campo relativamente nuevo, se han cometido desaciertos que ahora podemos evitar.

Hoy contamos con un mayor conocimiento de las variables determinantes que actúan en el sistema de salud y en el comportamiento de la población, aunque siempre quedarán algunas subreplicias que irán apareciendo a medida que se movilicen recursos hacia la evaluación e investigación. Lo cierto es que luego de haber repasado las conclusiones de los autodiagnósticos y haber constatado la debilidad del factor comunicativo y de recursos humanos, ensayaremos recomendaciones específicas como lineamientos que debe-

mos considerar para la implementación de los módulos de capacitación en las regiones de Ayacucho, Cusco, Junín, Huánuco, La Libertad, Pasco, San Martín y Ucayali bajo el proyecto en el cual nos enmarcamos y cuyo objetivo general es la construcción de una sociedad saludable mediante el fortalecimiento de las capacidades existentes en el país acerca de la Comunicación en Salud.

## 1. Metas para los trabajadores de salud

### Seis desafíos

Debemos trabajar enmarcados en los desafíos que se propusieron para este año pero que no se han podido alcanzar debido a las causas que hemos expuesto a lo largo del texto y que evidencian un sistema de salud con fallas estructurales que requieren no solo de una reforma sino de un cambio de actitud de parte de autoridades y personal de salud en general. Se trata de seis puntos muy concretos que requieren principalmente de decisión política para llevar a cabo.<sup>7</sup> En primer lugar, tenemos la aprobación de un Plan Estratégico en Salud al 2006. Como hemos visto, si bien existen coincidencias importantes, también son muchas las particularidades regionales y que deben ser adaptadas en los lineamientos generales del MINSA. Sin este componente, el plan disonará con la realidad regional y no tendrá éxito alguno. En este sentido también, se plantea el segundo y el quinto desafío que pugnan por impulsar decididamente la descentralización en el sector salud y la consolidación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud respectivamente. El tercer reto es priorizar el financiamiento del Seguro Integral de Salud que todavía no logra acoger a las poblaciones prioritarias. Luego, como cuarto desafío, es imperativo fortalecer el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos que todavía no está presente en muchas redes de establecimientos. Por últi-

<sup>7</sup> Estos desafíos fueron expuestos por el Dr. Oscar Ugarte Ubilluz en el Taller de Marco Conceptual (I Seminario Nacional) que recibieron los profesores de las universidades de las ocho regiones.

mo, el sexto desafío indica defender programas que beneficien a la población, proposición que respalda lo anteriormente dicho puesto que en los lineamientos nos hemos referido a programas que se han diseñado para ese único fin.

## **Contratación**

En anteriores líneas, hemos visto que existe un punto de conflicto entre la población y el personal de salud que responde a diversas causas, que ocasiona fracturas en las relaciones, daña sensibilidades y deteriora todo esfuerzo de comunicación. Por ello, debemos replantear el tema de la contratación del personal de salud. Se hace imperativo regular el trabajo, que existan formas flexibles y beneficios laborales claros. La normalización del empleo público debe mejorar el sistema. Esto es central para que el personal de salud esté motivado y no se genere el punto de conflicto del que hablamos. De este modo, las capacitaciones que planteemos no serán en vano. Hablar de sensibilidad humana, mejor trato y atención pasa por efectuar estos ajustes. Solo si los prestadores del servicio se sienten bien tratados tratarán bien a otros. El compromiso y la motivación pueden dar solución a casos en los que parece imposible ayudar. Ha habido muchos casos, por ejemplo, en los que llega una persona accidentada a un centro de salud donde no hay un solo médico y son los técnicos quienes la tienen que recibir. ¿Qué hacer en esta situación? O mejor dicho, ¿qué es lo que pueden hacer ellos en estas situaciones reales? Creemos firmemente que si están realmente motivados, pueden hacer mucho con actos muy sencillos y que depende de ellos hacer todo lo que esté a su alcance hasta que llegue un médico.

## **Criterios de equidad**

Conjuntamente a estas metas, debemos añadir que a partir de las desigualdades observadas y del poco trabajo en el tema debemos plantear enfoques claros sobre equidad de género. Es realmente preocupante que, a pesar de los esfuerzos que han realizado diver-

sas ONG, las autoridades en salud todavía no se comprometan con los cambios en este sentido. Cuando se habla de género, generalmente se hace referencia a los esfuerzos realizados por otorgar a las mujeres las condiciones de salud básicas para que sean madres. Sin embargo, hablar de equidad de género requiere de acciones que van mucho más allá. En palabras de la Dra. Ana María Güzmes,<sup>8</sup> las inequidades de género en salud están concentradas en tres tipos de desajustes: riesgos de salud, necesidades de salud y responsabilidad en el sector salud. Ante ellos, hay que orientarnos por lograr de manera equitativa oportunidades para gozar la salud, acceso a los recursos y poder en el sector salud.

### **Metodologías acordes**

Finalmente, no olvidemos que hay que hablar el mismo idioma. Se deben impulsar metodologías de comunicación y contenidos acordes a las realidades particulares. Es significativo que los propios ciudadanos declaren que las imágenes de un folleto no son las de su realidad y que demanden medios acordes a ellos, además de pedir de modo justo que existan programas radiales sobre salud que se emitan en quechua. Igualmente, no podemos pretender unir a la comunidad alrededor de una causa que no siente como suya. Las investigaciones existen y algunas pueden ser impulsadas, solo hay que retomarlas para promover procesos comunicativos fluidos entre los distintos actores del desarrollo.

Para alcanzar las metas propuestas, no solo se necesita la mejora de la infraestructura y una organización adecuada en el sector, sino un real compromiso desde la gestión de los gobiernos locales. Desde las bases, se tiene que impulsar y hacer presión para que se logre dicho compromiso. Las iniciativas que parten desde la comunidad organizada y las instituciones del sector privado deben ser recibidas como oportunidades importantes para cumplir con todas las metas trazadas.

<sup>8</sup> En exposición en el Taller de Marco Conceptual (I Seminario Nacional).

## 2. Fortalecer los procesos ya iniciados

Debemos tomar en cuenta, antes de la intervención, que existen procesos de capacitación ya iniciados cuyos objetivos pueden o no sintonizar con los nuestros. Por ello, cuando se capacite a los ciudadanos en cada ámbito, se debe considerar estos procesos para unirlos a nuestra causa y no ocasionar desencuentros que puedan perjudicar nuestra labor. Como sabemos, siempre es bueno ganar aliados y como hemos observado, existen.

El capital social que se ha gestado en ciertos ámbitos del país es un recurso que se fortalece permanentemente y que ha sido reconocido por el Banco Mundial. En el terreno de la salud, los agentes comunitarios han demostrado ser uno de los capitales sociales más importantes con los que contamos para la lucha contra los diversos problemas de salud que encontramos. El puente que ellos han construido tiene que ser lo primero en reforzarse. En los autodiagnósticos se ha señalado que muchas de las promotoras no mencionan haber tenido capacitaciones de Comunicación en Salud. Sin embargo, esto no quiere decir que no hagan Comunicación en Salud, lo que sucede es que manejan otros términos. La comunicación es su condición de trabajo. Por ello, al acercarnos, debemos consolidar los procesos comunicativos con la población. Las promotoras dicen haber logrado un desenvolvimiento óptimo frente a su comunidad, de tal modo que con esfuerzo y los recursos logísticos necesarios, pueden lograr convocar a la población. Así pues, la confianza y la credibilidad que se deposita en ellas no debe ponerse en riesgo, más bien deben haber esfuerzos que apunten a reconocerlas en su labor.

Por otro lado, las ONG han demostrado que el trabajo concertado con los actores locales es posible y que la comunidad puede organizarse si es que realmente está comprometida con un fin. En este sentido, se debe poner en agenda los problemas de salud más relevantes en cada región para movilizar a diversos actores a partir de casos particulares o de afecciones recurrentes. Asimismo, si es que se logra sensibilizar a las autoridades, se puede orientar los esfuerzos hacia la formación y consolidación de espacios de comu-

nicación, conversación y concertación con resultados concretos entre instituciones públicas, privadas y la población que se planteen objetivos con respecto a la problemática que los reúne. A estas alturas, cuando la cultura de la gente comienza a ser revalorada y se abren los ojos a la diferencia haciendo desaparecer criterios de desigualdad, existe mayor respeto por sus opiniones, conocimientos y necesidades. En este sentido, se requiere habilidad para desarrollar metodologías participativas, una de las fortalezas descritas por el personal de las ONG.

### **3. Convertir a la universidad en un nuevo actor**

Las alianzas que han establecido algunos centros de salud con las organizaciones de la sociedad civil son un indicio del interés que se tiene por lograr nuevas potencialidades. La valoración del trabajo coordinado en equipo que tienen los distintos actores también es una señal de esta buena disposición. Sin embargo, hemos notado un alto grado de desarticulación en todas las regiones que es muy perjudicial para cualquier intento de comunicación. Por esta razón, las alianzas que se van construyendo rendirán frutos en la medida que se genere la voluntad de trabajar en conjunto. Y aquí es donde se inscribe la universidad.

Creemos que la universidad puede, si se lo propone, ser un ente articulador de diversos esfuerzos. El rol que hasta ahora tuvo la universidad en el desarrollo de la ciudadanía fue pasivo. La formación tradicional, un currículo que no considera la propia realidad y la resistencia al cambio de muchos docentes propicia que esta esté aislada en los procesos de desarrollo. Por ello, es muy común que se demande a la universidad un mejor engarce con la población.<sup>9</sup>

En Huánuco, por ejemplo, se ha evidenciado el interés de profesores y alumnos en apoyar temas de salud poco convencionales en su comunidad,<sup>10</sup> lo que debe pasar también en otras regiones. Es

<sup>9</sup> En comentarios de participantes de la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco en el II Seminario Taller Nacional realizado en Lima.

<sup>10</sup> Idem

decir, no se trata solamente de que los alumnos de Medicina practiquen en los hospitales, sino que alumnos de Comunicación, Antropología, Sociología y otras áreas aporten desde su formación y generen propuestas acordes a su realidad y que, en la medida de lo posible, se lleguen a realizar en coordinación con las distintas entidades y organizaciones de base. Las capacitaciones que puede realizar la universidad en promoción, comunicación y salud, así como en investigación son fuertemente demandadas por profesionales de ONG y promotoras de salud. De igual modo, la participación de la universidad en proyectos provenientes del sector privado y público es viable para el enriquecimiento mutuo y la construcción de procesos comunicativos intensos que generen sinergia en pro de una comunidad saludable.

De este modo, mediante las asesorías, la investigación, el apoyo en campañas, el compromiso con la solución de diversos problemas de salud de la comunidad y muchas otras formas creativas de intervención, la universidad puede lograr la proyección social que pretende.

#### **4. Derechos sagrados que cumplir**

Si vamos a considerar a la salud como una tarea de todos, hay que tener en cuenta los derechos que los ciudadanos pueden ejercer frente a ella y, por lo tanto, dejar de pensar que las responsabilidades son exclusividad de los profesionales de salud y reconocer que la población también tiene que asumir muchas de ellas. De esta manera, dejaremos de ver a la gente como beneficiaria a quien hay que ayudar por nuestra buena voluntad. Hay que pasar del principio de beneficencia al principio de autonomía.<sup>11</sup> En este sentido, en toda acción comunicativa se debe considerar el poder que tiene cada persona para con su salud, los desafíos propios que se puede proponer y la injerencia que puede tener su accionar en su comunidad.

---

<sup>11</sup> Esta fue una observación que realizó el profesor Humberto Castillo del Consorcio de Universidades en el II Seminario Nacional.

Los derechos que existen en salud han sido descuidados en la mayoría de proyectos de comunicación y salud desde el sector privado y público, así pues, comunicar derechos en salud es una entrada que todavía no se ha realizado.<sup>12</sup> Retomando algunas reflexiones de Rosa María Alfaro, tenemos que luchar para que los usuarios se conviertan en ciudadanos con derechos en salud, demandantes, vigilantes y propositivos en búsqueda de la inclusión social.<sup>13</sup>

De esta manera, se harán viables los objetivos que nos tracemos, porque la sostenibilidad de los proyectos que se presenten será posible. Trazarnos criterios de continuidad sólidos será vital para que, cuando los financiamientos sean escasos o terminen, se observe un funcionamiento adecuado del sistema impulsado por las capacidades instaladas. Si bien se necesitan prolongados plazos para cumplir metas de naturaleza social, el desarrollo requiere de un nivel de autosostenimiento.

## **5. Corresponsabilidad en la promoción de salud**

Todos hablamos de promoción de la salud. Sabemos que es importante y que se trata del nuevo mandato del Ministerio. Sin embargo, todos tenemos conceptos diferentes de ella. Cuando a los entrevistados se les ha pedido precizarla, han aparecido definiciones tan amplias que ha terminado siendo una utopía o un mandato gaseoso sin posibilidad de enfocarse en algo preciso. De este modo, el enfoque de promoción de la salud no se ha concretado en acciones específicas ni en una actitud positiva frente a la salud.

La promoción de la salud es un proceso que incorpora la actuación de la población de modo permanente para conservar una vida sana. Aclaremos, entonces, que la comunicación para la promoción de la salud es un concepto de salud positivo como proceso de construcción de ciudadanía y como motor del desarrollo individual y

<sup>12</sup> La Dra. Ana Gúezmes también realizó esta observación en el II Seminario Nacional.

<sup>13</sup> En el II Seminario Nacional.



colectivo. Desde este contexto, la comunicación para la promoción de la salud se convierte en parte de un quehacer transdisciplinar cuyo campo científico y práctico es el desarrollo.

Nos corresponde ahora reconceptualizar la salud basada en las teorías de la enfermedad y del daño para dar paso a la búsqueda del bienestar desde todos los espacios y todas nuestras posiciones. Debemos repensar la promoción de la salud como una responsabilidad de toda la sociedad y no solo del centro de salud, por ello, no podemos esperar que los cambios solo se den en la población, porque no sería coherente ni justo.

Podemos deducir fácilmente, entonces, que la promoción de la salud es más viable desde un enfoque comunicativo. Por ello, no está de más decir que hay que tener claros los objetivos y las estrategias de comunicación en salud, definir nuevos indicadores que no sean epidemiológicos o de cobertura de servicios y principalmente que sean cualitativos. Asimismo, debemos demandar espacios de encuentro para socializar, sistemáticamente, experiencias positivas.

Los empresarios y profesionales que trabajan en los medios de comunicación locales, regionales y nacionales también deben recordar que la promoción de la salud no es una tarea exclusiva del Ministerio de Salud, la seguridad social y los profesionales de salud y que son corresponsables frente a ella. Más aun, deben aprovechar que los temas de salud les resultan atractivos y, así, tener iniciativas interesantes.

## **6. Nuevo concepto de comunicación**

El panorama que hemos encontrado de los entendimientos sobre la comunicación ha sido ciertamente pobre. La comunicación es un concepto que tiene muchas entradas en cuanto implica dos o más actores y la interacción entre ellos, por lo tanto, su debilidad o posibles limitaciones no puede tener una sola fuente desde la cual se genera. No es extraño entonces que al observar la problemática de la comunicación reflejada en las concepciones que se tienen sobre esta, ya sea desde la población o desde el personal de salud, encontramos similitudes.

Cuando pensamos que podríamos contrastar las percepciones de ambos actores frente a la comunicación, nos dimos cuenta de que las debilidades vienen de ambos lados y tienen la misma característica: el enfoque instrumental y difusionista de la comunicación que no permite a ninguno de ellos estar presente, descubrirse y potenciar sus experiencias frente al otro dejando de ser meras partes y volviéndose un solo sujeto del desarrollo. La comunicación, al reducirse a la transmisión de información, se convierte en una relación tan instrumental que termina en desconfianza e indiferencia. Más aun, cuando se habla de usar la comunicación cual herramienta, nos estamos refiriendo a un algo externo que no es parte del proceso mismo.

Así pues, esta precaria concepción de la comunicación en el sector salud es por demás alarmante y requiere de una urgente intervención. Debemos buscar la autocrítica con respecto al trato que le damos al otro para poder desarrollar nuestra capacidad de negociación, diálogo y comprensión de ese otro con el cual podemos recrear una sana comunicación no solamente en pro de la cura y prevención de enfermedades en el corto plazo, sino para promover la salud como un modo de vida sostenible en el tiempo. Esta cultura de diálogo propugnará la progresiva desaparición de actitudes autoritarias que solo buscan coincidencias políticas y se conquistarán formas como el respeto, la democracia y el pluralismo. Logremos pues, una comunicación horizontal que no permita dividirnos entre arcángeles y terrenales.<sup>14</sup>

## **7. Interculturalidad como potencial comunicativo**

Recomendamos observar la interculturalidad como potencial comunicativo para plantear las características culturales conectadas a su valor frente a la salud y la vida cotidiana.<sup>15</sup> El interés por

<sup>14</sup> El Dr. Samuel Paredes, de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, en la exposición del autodiagnóstico de su región, aludió a la figura del arcángel y el terrenal para explicar la comunicación vertical entre los pobladores y el personal de salud.

<sup>15</sup> Según Mario Tavera, oficial de UNICEF, en su ponencia en el Taller de Marco

la diferencia así como el afán de conocimiento del otro puede ser un impulso importante para realizar una mejor labor, especialmente si somos conscientes de ello.

Debemos preguntarnos cuáles son las condiciones generadas a partir de las prácticas de curación y uso de la medicina tradicional y en qué se relacionan con aquellas que se proponen en los centros de salud. No olvidemos que interculturalidad es comprender al otro y no estar en la búsqueda de culpables, sino frente a la conciencia de nuestras respectivas responsabilidades.

## 8. Ciudadanía en salud

### Participación para el cambio social

Desde que Luis Ramiro Beltrán sentenció que la salud mundial solo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones de su propia salud y atención de la salud,<sup>16</sup> y quizá desde antes quedó demostrado que sin participación los esfuerzos para lograr los objetivos de desarrollo no son viables. Múltiples agencias de cooperación y personajes del mundo de la comunicación para el desarrollo, entre ellos la Rockefeller Foundation,<sup>17</sup> han coincidido en esto. Más aun, el Estudio de Base para el Fortalecimiento de las Capacidades Nacio-

---

Conceptual, debemos concebir la interculturalidad como una potencialidad. Ante ello, nosotros planteamos que la interculturalidad puede ser un potencial *comunicativo*.

<sup>16</sup> En su famoso ensayo «La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes», cuando llevaba el cargo de Consejero Regional del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, con sede en La Paz, Bolivia.

<sup>17</sup> Señala que «[la comunicación para el cambio social] otorga poder a los individuos y a las comunidades, los involucra en la toma de decisiones que mejoran sus vidas; va de muchos-a-muchos; está basada en ideales democráticos; permite que sean oídas voces que no estaban siendo escuchadas [...] esto podría parecer excesivo [...] pero, aun así, hemos encontrado ejemplos innovadores de trabajo en comunicación social en varios sitios». En Comunicación para el cambio social. Documento Programático e Informe sobre una Conferencia. Rockefeller Foundation. Enero, 1999. p.32

nales en Comunicación y Promoción de la Salud parte de la necesidad de un Centro de Documentación sobre experiencias en Comunicación, Educación y Participación Comunitaria (CEPC).

Como ha observado Celia Aldana, la participación tiene muchos beneficios porque genera niveles de eficacia: podemos hacer más con menos, el compromiso que se genera otorga sentimientos de propiedad generando sostenibilidad, las demandas se vuelven más pertinentes y, por lo tanto, el descontento social es menor, se controla la corrupción y calidad de atención, aumenta la confianza, el reconocimiento y el respeto.<sup>18</sup>

Busquemos entonces espacios de concertación desde donde los ciudadanos de la salud ejerzan sus derechos, sean escuchados, dialoguen con las autoridades de salud horizontalmente y conjuntamente encuentren soluciones a las problemáticas que los aquejan. Asimismo, hay que garantizar que la población participe en los respectivos Consejos Regionales de Salud. De una vez por todas demostraremos que «el uso de métodos realmente participativos pueden sentar las bases para un cambio de actitud en la comunidad y crear un clima no amenazador[...]».<sup>19</sup>

### **Ciudadanos que promueven su salud y la de los demás**

Las promotoras de salud a las que nos hemos acercado en las ocho regiones se han comenzado a familiarizar con conceptos como los de ciudadanía, empoderamiento y participación con esperanzas de encontrar nuevas formas de involucramiento tanto en la población, en los profesionales de salud, como en ellas mismas. Por ello, tenemos un buen punto de partida. Aunque al hablar de ciudadanía no lo podemos hacer de manera arbitraria y gaseosa, sino que

<sup>18</sup> En III Seminario Nacional al que asistieron los profesores de las universidades de las ocho regiones participantes del proyecto.

<sup>19</sup> FRASER, Colin y Jonathan VILLET. *La Comunicación. Clave para el desarrollo humano*. Una publicación para el Servicio de la Comunicación para el desarrollo. Dirección de Investigación, Extensión y Capacitación de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Roma: 1995, p.12

debemos centrarnos en la *ciudadanía por la salud*.<sup>20</sup> Por otro lado, también hemos encontrado que las líneas de comunicación tanto en el sector público como en el privado no se han orientado a ello (solo encontramos ciertas excepciones) puesto que todavía se concibe a la persona como objeto de transformación y no como sujeto del mismo.

Por estas razones, recalcamos que hay que concebir a la promoción de la salud como el desarrollo de condiciones y patrones de vida sana, posible gracias a la comunicación como un proceso de construcción de ciudadanía individual y colectiva y como la posibilidad de reconceptualizar a la salud en un sentido positivo. En este orden de reflexión, la comunicación para la promoción de la salud es una condición por la que hay que luchar y no una herramienta por aplicar. Así, redefiniremos el papel de la sociedad civil y de la ciudadanía que actualmente permanecen invisibilizados.

### **Institucionalizando la Comunicación en Salud**

Como hemos visto, en las diferentes regiones se están llevando a cabo esfuerzos por orientar el quehacer del sector según el primer lineamiento del Ministerio de Salud: Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Transmisibles, y si bien aún no se llega a materializar dicho mandato, se ha avanzado bastante en reconocer a la promoción de la salud como un enfoque prioritario. En este sentido, retomando las reflexiones de Fraser y Villet, «Una vez que se haya adoptado esta decisión al más alto nivel y que se haya reconocido [...] la comunicación para fortalecer y sostener el proceso de desarrollo, habrá que abordar diversos problemas normativos de carácter más práctico con el fin de determinar el ámbito de acción de la comunicación, establecer un marco institucional y atender a sus necesidades operacionales». <sup>21</sup> Nos toca ahora, entonces, luchar para que la comunicación y promoción de la salud tengan un

<sup>20</sup> Observación realizada por Rosa María Alfaro, en III Seminario Nacional.

<sup>21</sup> FRASER, Colin y Jonathan VILLET. *La Comunicación. Clave para el desarrollo humano*. Una publicación para el Servicio de la Comunicación para el desa-

presupuesto fijo que no se reduzca ni se anule ante probables disposiciones de corto plazo.

---

rrollo. Dirección de Investigación, Extensión y Capacitación de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Roma: 1995, pp.24-26.

### III. Relación entre los autodiagnósticos y el estudio de base para el fortalecimiento de las capacidades nacionales en comunicación y promoción de la salud

EL CONSORCIO DE UNIVERSIDADES desarrolló un Estudio Base para el Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales en Comunicación y Promoción de la Salud que fue presentado en enero de 2004 y que consta de cinco estudios sobre Promoción y Comunicación para la Salud.<sup>22</sup> Los resultados de estas investigaciones así como los autodiagnósticos realizados en cada una de las regiones, han servido a la tarea de capacitación de actores de salud del proyecto, para diseñar una propuesta de formación de capacidades en comunicación y promoción de la salud.

Algunas diferencias importantes existentes entre ambos estudios tienen que ver con las zonas investigadas y con las metodologías utilizadas. En los cuatro primeros productos del Estudio Base

---

<sup>22</sup> *Producto 1: Necesidades de Capacitación en Comunicación y Promoción de la Salud / Producto 2: Necesidades de Información para un Centro de Documentación en Comunicación para la Salud / Producto 3: Estudio de Capacidades de Formación Existente en Comunicación y Promoción de la Salud / Producto 4: Lecciones Aprendidas en Programas de Comunicación, Educación y Participación Comunitaria / Producto 5: Recursos de Comunicación.*

se ha considerado a la región Lima. Específicamente en el Producto 1 del Estudio Base no se abarcó Cusco; en el Producto 2, Huancaayo; en el Producto 3, Huánuco; y en el Producto 4 solo se comprendieron las regiones de San Martín, Ayacucho, Trujillo y Lima. En el caso de los autodiagnósticos, estos se han realizado en ocho regiones que considera el proyecto: Ayacucho, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Pasco, San Martín y Ucayali.

Consideremos algunas ventajas diferenciales del Estudio de Base. Nos ha respondido a interrogantes que no se han cubierto en los autodiagnósticos y que es preciso resaltar: el perfil de las organizaciones y profesionales que trabajan en Comunicación y Promoción de la Salud, las competencias que debe tener el trabajador en Comunicación en Salud, sus necesidades de información y documentación, los recursos disponibles para realizar su trabajo, información y documentación existente sobre ello, capacidad de formación existente en comunicación y promoción de la salud, lecciones aprendidas en proyectos paradigmáticos y según agencias de cooperación y recursos de comunicación existentes.

Los autodiagnósticos en cambio, nos han brindado la mirada que han realizado los profesores de las universidades sobre la problemática de cada región así como la aplicación de instrumentos de investigación según sus propias modalidades de exploración a partir del conocimiento de las zonas. Este importante actor también ha sido involucrado desde la primera fase del diseño de los módulos de capacitación. Los autodiagnósticos nos han subrayado los principales problemas de salud según la percepción de los distintos actores, en especial la de los ciudadanos. Finalmente, ha subrayado algunos hallazgos de dicho estudio, consolidando información y conocimiento.

Ambos estudios se complementan. Mientras que los autodiagnósticos se han centrado en la observación de la realidad regional en comunicación y promoción de la salud desde la óptica de los distintos actores de las regiones, el Estudio de Base ha profundizado en las capacidades de las personas e instituciones que actualmente trabajan en dichos temas, resaltando las lecciones aprendidas de anteriores experiencias.



Así pues, además de las particularidades regionales que obligaron a las dos investigaciones a tomar decisiones metodológicas a lo largo del trabajo de campo, queremos subrayar algunas conclusiones importantes a las que se arribaron en ambos estudios:<sup>23</sup>

### **Procesos político-institucionales**

- Se requiere una mayor intervención con las autoridades, quienes no conocen a fondo los factores que facilitan la reproducción de problemas de salud. Esta necesidad de impulsar decisiones políticas se identificó principalmente en la socialización de experiencias con los profesores que aplicaron los autodiagnósticos.
- Una necesidad inmediata es atender a las comunidades más alejadas, pobres y abandonadas que no cuentan con centros de salud ni con agentes comunitarios.
- Solamente la tercera parte de las organizaciones que trabajan en promoción de la salud cuentan con un presupuesto asignado, siendo ONG e iglesias la mayoría de ellas.
- El permanente cambio de personal impide la coordinación, la relación con personas que ya estaban insertas en el proceso y la continuidad del trabajo.
- Las acciones de promoción de la salud han provocado incremento de demanda de servicios de salud, pero la capacidad de atención y los recursos tecnológicos son los mismos. Por lo tanto, tenemos que pensar en acciones de promoción de la salud acompañadas de acciones políticas para la demanda de aumento o maximización de recursos.
- La promoción de la salud debe ser asumida por el MINSA y por todos los sectores, líderes y actores de las comunidades para que las acciones sean sostenibles.

### **Procesos de gestión**

- Los enfoques de participación, ciudadanía e interculturalidad

---

<sup>23</sup> Los resultados del Estudio de Base son más generalizables debido a que la mayoría de información se ha obtenido por medio de encuestas semiestructuradas a una muestra estratificada y a mayor diversidad de actores.

más afines a las nuevas corrientes de desarrollo humano, están poco presentes.

- La planificación estratégica no incorpora la dimensión socio-política y cultural de los escenarios de intervención (de igual modo sucede con la implementación de los nueve lineamientos del MINSA) y por lo tanto, no hay conocimiento generado para oportunidades de solución a problemáticas regionales y locales.
- La gran mayoría (88%) de actividades tienen finalidades de control y prevención, mas no de desarrollo de habilidades o desarrollo social.
- Los responsables de la conducción de programas de promoción de la salud arrastran confusión entre objetivos y estrategias.
- A partir de experiencias anteriores, se reconoce que el trabajo interdisciplinario en comunicación y promoción de la salud es lo más adecuado.
- Se han formado recursos humanos con capacidades y experiencias que deberían ser recuperados en nuevas experiencias.
- Los decisores (que siempre rotan) no retoman las intervenciones anteriormente realizadas y las lecciones aprendidas.
- La planificación desde el nivel central requiere asumir metodologías que permitan que el personal de las regiones se apropie de la propuesta.
- Las promotoras dicen no contar con los materiales educativos e informativos suficientes y que no participan en los procesos de diseño y producción de materiales.
- Comienzan a aparecer experiencias sobre estrategias comunicativas que abordan el tema de los valores.

### **Procesos Comunitarios**

- El reconocimiento de la labor del promotor tanto por la comunidad como por el establecimiento de salud se da a través de la confianza y el respeto que le tienen.
- La mediación del promotor entre el centro de salud y la población es imprescindible ya que el agente comunitario maneja el idioma de la zona, conoce acerca de su realidad, mantiene una

relación de confianza y una comunicación horizontal con el poblador.

- La participación comunitaria a través de los agentes comunitarios permite una mejor vigilancia y seguimiento de la población.
- Las grandes distancias geográficas entre comunidades requieren de un gran sacrificio de parte de las promotoras para cumplir la labor.
- Aunque con menor medida en los autodiagnósticos, también se coincide en que lo más importante que se ha logrado es hacer que las mujeres reconozcan sus derechos en salud y cómo debe ser un servicio de calidad.

### **Procesos culturales**

- Abordar la dimensión cultural de la población, comprendiéndola, ha permitido crear estrategias viables para una mejor atención en algunos establecimientos de salud.
- A pesar de la importancia que se le está dando al aspecto cultural de la población, este todavía no es concebido como una dimensión comunicativa. De allí que las estrategias de cambio de comportamientos dejen a un lado el diálogo y la concertación cuando no son flexibles, afectando la dimensión cultural de la población.
- Los promotores manifiestan que, al dar sus charlas, los pobladores rechazan los mensajes, ante los cuáles son incrédulos. Esta barrera para la comprensión de mensajes se da porque dichos temas son opuestos a conocimientos adquiridos por medio de sus ancestros y a la ignorancia frente a ellos.
- El gran impedimento es no creer en las capacidades de las personas en el cambio. Esto genera un prejuicio y por lo tanto, una barrera.

### **Procesos comunicativos-implementación de comunicación y promoción de la salud**

- Los médicos aún consideran que bastará con dar información sobre prevención de una enfermedad determinada a la pobla-

ción para solucionar los diferentes problemas que se generan (enfoque difusionista y reduccionista).

- En la gran mayoría de organizaciones con equipos de CPS, estos están conformados exclusivamente por profesionales tradicionales de salud y solo en un 30% se involucra a otros profesionales.
- Las actividades de mayor incidencia son las consejerías, las charlas y otras acciones cara a cara. Solo en la cuarta parte de las instituciones se utilizan medios masivos en la promoción de la Salud.
- Cuando se pregunta por intervenciones de comunicación, educación y participación comunitaria, la respuesta inmediata se refiere a campañas de diferente naturaleza (educativas, IEC, PS, odontológicas, integrales, salud integral infantil, salud mental, preventivas, etc).
- Las principales barreras reconocidas en las implementaciones de CPS son la falta de participación de ciertos sectores de la comunidad y la falta de recursos económicos.
- El personal de salud habla todavía con términos técnicos, lo cual genera una mala comunicación con los usuarios de salud.
- Se requiere trabajar mensajes educativos en los medios de comunicación social, especialmente la radio.

### **Procesos educativo-formativos**

- Las competencias de carácter social y comunicacional son limitadas y críticas en los equipos que trabajan CPS.
- Los recursos humanos en comunicación conservan una mirada restringida a la imagen y relaciones públicas.
- Una de las fortalezas que se reconoce en los comunicadores es su conocimiento de las metodologías para interactuar con el público.
- Casi la totalidad de trabajadores en CPS ha tenido algún tipo de capacitación en su trabajo o en eventos aislados, pero solo una minoría ha recibido cursos específicos.
- Aproximadamente la mitad de las capacitaciones son sobre información de temas de salud y la otra mitad sobre desarrollo de habilidades.

- Casi la totalidad de trabajadores en CPS manifiesta su interés en capacitarse para mejorar su trabajo.
- Los promotores perciben que necesitan mayores conocimientos técnicos y de comunicación en técnicas pedagógicas que posibiliten una mejor llegada a la población.
- Las ONG no identifican su rol de formación de recursos humanos, porque no consideran dentro de sus efectos e impactos las transformaciones de los profesionales de sus equipos.
- Los cursos son varios, pero limitados los que incorporan la dimensión sociopolítica y cultural de las regiones. Por ello es que las capacitaciones son muy teóricas y poco adaptables a cada realidad.
- Casi no existen cursos que capaciten en perspectiva de género.
- Preocupación de los profesores de las universidades por modificar los currículos desde una perspectiva de comunicación para el desarrollo.
- En la reflexión de los profesores de las universidades generada en los tres seminarios nacionales, así como en el estudio base, se ha llegado a la conclusión de que el profesional que trabaja en CPS debe generar empatía con la población para comprometerla en la organización y cambio de comportamientos, para así influir en la toma de decisiones de las autoridades locales en bien de la salud de la comunidad.

### **Procesos de investigación-generación de conocimientos**

- La institucionalización de las experiencias no pasa por procesos de previa sistematización y difusión. En muchas ocasiones, las experiencias desarrolladas carecen de la medición de impacto, por lo que no se retoman las lecciones aprendidas en la implementación de diversas estrategias.
- Las ONG no identifican como su rol la generación de información y conocimiento pues no los consideran en sus efectos e impactos.
- Falta de evaluación de las campañas por lo que se repiten los mismos contenidos con los mismos resultados poco exitosos.
- Las universidades deben promover acciones desde el pregrado involucrándose en los procesos de sistematización y evaluación

de resultados de las experiencias realizadas tanto en el sector público como el privado.

- En el manejo de información no se incluyen investigaciones operativas y participativas (indicadores cualitativos), sino que se priorizan los enfoques epidemiológicos y los indicadores cuantitativos en las acciones de CPS.

### **Procesos de entendimiento de la comunicación, promoción de la salud y el rol del comunicador-promotor de la salud**

- La promoción de la salud sigue siendo predominantemente pensada en contraposición de la enfermedad. Más aun, el concepto es confuso para la mayoría de personas que trabajan o desarrollan acciones a favor de la salud y en CPS.
- Predominan dos tipos de enfoques de Comunicación en Salud: informativo-difusionista, donde se adaptan los mensajes técnicos de salud a la población; y de construcción de consensos entre distintos actores.
- La valoración de la comunicación y la promoción de parte de autoridades y trabajadores en salud demuestra gran expectativa en la Comunicación en Salud para mejorar su labor y las condiciones de salud de la comunidad.
- Todavía persiste una visión instrumental de la comunicación en tanto que se considera informar, difundir y orientar como su principal forma de acción.
- Existen tres concepciones predominantes del rol del comunicador: el traductor, el intermediario y el negociador-planificador.

### **Procesos mediáticos**

- Los medios de comunicación (televisión, radio e impresos) no han asumido ningún rol frente a la Comunicación en Salud. Consideran que se trata de una responsabilidad exclusiva de organismos estatales (Essalud y MINSA).
- Los medios que tocan temas de salud solo abordan la enfermedad. Para ello, presentan exclusivamente a médicos, enfermeras y obstétricas.

- No tienen iniciativa para producir información y conocimiento a través de un enfoque de promoción de la salud.
- Les interesa tocar temas de salud en informativos y noticiosos mas no en otro tipo de producciones, subutilizando así los recursos expresivos propios de cada medio.

Para terminar, queremos recalcar que tanto el Estudio Base para el Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales en Comunicación y Promoción de la Salud como los Autodiagnósticos en Comunicación en Salud realizados por los profesores de las universidades en cada una de las ocho regiones se convierten en documentos orientadores en cualquier intervención dentro de los ámbitos donde se han realizado las investigaciones como fuera de ellas. Ambos estudios han logrado generación de información y principalmente de conocimiento, observándose tendencias en el quehacer de la Comunicación en Salud que por lo tanto, pueden reproducirse en otros ámbitos. El conocimiento generado en ambos estudios tiene que ser retomado para fortalecer las actuales capacidades y formar nuevas a través de un efecto multiplicador que permita sostenibilidad a las intervenciones. Así, en nuestro país daremos sentido a la fórmula I+D (Investigación+Desarrollo) que defiende el mundo actual.

DIAGNÓSTICOS REGIONALES PARA EL  
DESARROLLO DE CAPACIDADES  
COMUNICATIVAS se terminó  
de imprimir en los talleres  
de Gráfica Delvi SRL  
Av. Petit Thouars 2009,  
Lince en el mes de  
Febrero de 2005





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

---



EL CONCEPTO DE COMUNICACIÓN EN SALUD se ha convertido en un eje básico de la preocupación por el desarrollo de 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 esta mirada, el Consorcio de Universidades viene desarrollando el Proyecto de Fortalecimiento de las capacidades nacionales en Comunicación en Salud, con el financiamiento del Proyecto Change/AED-Grupo Manoff y el auspicio de la Agencia de Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) a partir de febrero de 2003. El presente estudio se enmarca en la línea de capacitación, cuyo objetivo general es el de determinar las necesidades de capacitación y la demanda de entrenamiento en Comunicación en Salud, así como diseñar, implementar y evaluar programas de capacitación específicos.

Este proceso contó con la colaboración de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Universidad Nacional de Trujillo, Universidad Nacional del Centro del Perú, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional de San Martín y Universidad Nacional de Ucayali.



MANOFF GROUP INC.